



Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених




МАТЕРІАЛИ MATERIALS

**XX Наукової конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю
«Перший крок в науку - 2023»**

**XXth Scientific students and young scientists conference with international participation
«First step to science – 2023»**

 21 - 22.04.2023

 Вінниця, Україна
Vinnytsya, Ukraine

 snt@vnmu.edu.ua

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених

МАТЕРІАЛИ

XX Наукової конференції студентів та молодих вчених з
міжнародною участю
«Перший крок в науку — 2023»

21-22 квітня 2023 року, м. Вінниця

УДК: 005.745:001"2023"

Головний редактор – в. о. ректора ЗВО, проф. В.В. Петрушенко

Заступники головного редактора – проф. О. В. Власенко, проф. Н. І. Волощук.

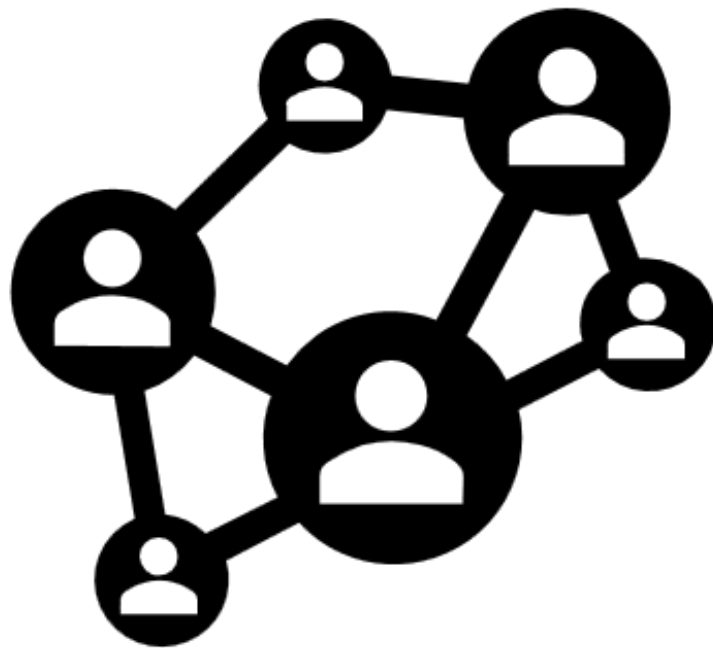
Відповідальні секретарі – Д.О. Пермінов, Н. М. Назарчук.

Члени редакційної колегії: О. М. Плавков, К. С. Бурдейна, В. В. Килимчук, К. О. Кошова, Н.О. Кречківська, В. П. Левківська, А. М. Ошарова, С. С. Ткачук, К. О. Парамуда, Я.О. Тісовська, С. А. Чайкун

У збірнику розміщені матеріали XX Наукової конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Перший крок в науку – 2023»

За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори

СУСПІЛЬНІ НАУКИ



SOCIAL SCIENCE

Iftesham Farheen

THE INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON ANXIETY AND THE EMERGENCE OF BAD HABITS AMONG VNMU STUDENTS.

Department of Philosophy and Social Sciences

S. L. Trukhmanova (Assoc. Professor, Candidate of Historical Sciences)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Ukraine

Introduction: The statistics are alarming: student stress is real and growing. The physical and mental demands of studies often increase proportionally to a student's progress. Additionally, external factors such as family life, finances, social environment affect mental health and can either play a supporting role or additionally distract attention when studying. Most students reported that stress and anxiety were the main factors that negatively affected their academic performance.

Due to the ongoing coronavirus pandemic, many routine activities have been suspended or even stopped. Studies show that students experience increased levels of stress while studying at university, which has increased due to the global outbreak and adverse social circumstances.

Objective: Study the literature on the problem of anxiety and bad habits of university students. To poll a possible group of VNMU students regarding the experience of stressful situations and the presence of anxiety

Materials and methods: The researcher used methods of document analysis, interviews, included observation, as well as surveys of VNMU students on the smoking problem in previous years

Results: University students admit that they feel under-rested five out of seven days a week, and lack of sleep negatively affects their academic performance. Six out of ten university students experienced "overwhelming anxiety" and more than 40% said they were saddled with depression.

More than half of the respondents considered this behavior as a response to stress. In recent years, the level of anxiety among students has increased dramatically.

Not only do students have to deal with a greater academic load, but they are also expected to function socially, plan financially, and deal with life away from home for the first time.

Conclusion: Stress comes in many forms and in many levels. Apart from the usual suspects of exams and grades, requirements of the schedule and time, stress also comes via the inability to adjust to a life outside your comfort zone (home) and dealing with a new social circle far from your childhood friends and family. Other problems designed for adults, such as organisation of everyday life influence too.

Many of the students show symptoms like trembling hands, shaky voice and students are often seen shaking their legs, signs like procrastination can also be seen. And that's where anxiety comes in, and that where students are tend to tilt in adaption of bad habits, habits like smoking and drinking for temporary relief.

We often have seen many students outside the university smoking during breaks, this shows their dependency on smoking in such a small crucial age of their life.

T.O. Kedyk

NEURAL MECHANISMS UNDERLYING THE SYMPTOMS OF PARKINSON'S DISEASE

Department of foreign Languages with Latin and Medical Terminology Course

M.I. Kostiuk (Senior Lecturer)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia, Ukraine

Actuality: Parkinson's disease is a chronic and progressing neurodegenerative disorder that affects millions of people worldwide. As the population ages, the prevalence of Parkinson's disease is expected to rise, making it a considerable public health issue. Despite decades of research, the mechanisms underlying Parkinson's disease are still not fully studied. However, recent advances in neuroimaging and other technologies brought new light on the structural and functional changes that occur in the brain of Parkinson's disease patients. Understanding the neural disorders causing Parkinson's disease is crucial for the development of new treatments that can slow down or halt its progression, and improve quality of life for patients.

Objective: The objective of this study is to investigate the neural mechanisms underlying the symptoms of Parkinson's disease as well as the structural and functional changes that occur in the brain of a patient, including changes in dopamine levels, neural connectivity, and neural oscillations. To achieve this goal, we will conduct a review and meta-analysis of the existing literature on Parkinson's disease. By analysing this information, we hope to gain a better understanding of the processes that drive the symptoms of Parkinson's disease, and to identify new targets for therapeutic intervention.

Methods and materials: A literature review was conducted to gather relevant studies on the neural mechanisms underlying the symptoms of Parkinson's disease. The search was conducted on several sources including PubMed, Scopus, and Web of Science, Discovery Medicine using relevant keywords such as "Parkinson's disease", "basal ganglia", and "motor symptoms".

Results: Our study found that Parkinson's disease is associated with significant structural and functional changes in the brain. Specifically, reduced dopamine levels in the basal ganglia, a key brain region involved in motor control, and reduced neural connectivity between the basal ganglia and the cortex. These changes were correlated with the severity of motor symptoms in Parkinson's disease patients. In addition, altered neural oscillations in the beta frequency range have been linked to tremor and other motor symptoms in Parkinson's disease. The results suggest that Parkinson's disease is characterized by dysfunction in the dopaminergic and cortico-basal ganglia circuits, which may cause the motor symptoms of the disease.

Conclusion: This study provides insights on the neural mechanisms underlying the symptoms of Parkinson's disease. These insights have implications for the development of new treatments for this disease that target these mechanisms. Additionally, our study highlights the need for further research to understand the molecular and cellular mechanisms that underlie the structural and functional changes observed in Parkinson's disease. Such research could lead to the development of new biomarkers for early diagnosis and monitoring of disease progression.

N.V. Makarchenko, O.Y. Kes

STRENGTHENING KIDNEY FUNCTIONS AND THEIR ROLE IN CLEANSING THE HUMAN BODY

Department of Foreign Languages with the Course of Latin Language and Medical Terminology

A.L. Yatsenko (senior lecturer)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Background: Physicians of the past believed kidneys to be the basis of life, and most diseases being associated with impaired kidney function. Today, according to the WHO data, more than half a million Ukrainians suffer from chronic kidney disease. The increase in kidney disease is considered to be primarily associated with significant increase in diabetes and obesity, environmental degradation, uncontrolled use of medications. Pathological changes in kidneys are caused by

unhealthy diet, smoking, drugs, and alcohol as well. Every year, morbidity rate associated with kidney pathology increases, leading to disability, expensive treatment, worthening of quality of life.

Objective: To study the importance of supporting and strengthening kidneys as the basis of long and healthy life.

Materials and Methods: Analysis of experience and achievements of Eastern doctors, publications of Ukrainian and foreign physicians.

Results: Many publications of Ukrainian and foreign physicians are devoted to physiology and pathology of kidneys. It is well known that when kidneys are weak, the body begins to break down: a person loses weight, the skin becomes flabby, pale, loses elasticity and freshness; ligaments lose strength; muscles get tired quickly; the spine becomes less mobile; back pain appears; hair becomes dry, brittle, thin; teeth lose their whiteness and shine; and hearing and vision - acuity. Failure of metabolic processes in the body leads to decrease longevity. To prevent kidney weakening, a number of measures, such as lymphatic drainage, myostimulation (electrical stimulation), vibration massage, prescription of rational diet, proved to be helpful and had led to positive results within a month. Modern biophysical devices are used for this purpose as well. They are able to restore human health using electrical signals similar to bioelectric current of healthy human body. The Institute of Traditional Medicine of Hefei (China) studied the methods of kidney biostimulation using bioinformation technologies. The results of their work demonstrated such methods to be effective in treatment of kidney diseases. Clinical trials have shown the effectiveness of treatment in 98 of 100 most common diseases.

Conclusions: Kidneys cleanse the body against waste and toxic materials being a natural filtration system. But they do not have the ability to cleanse themselves properly. Because of this, it is essential to support their functioning: to drink enough fluid, to eat fruit and vegetables with diuretic effect, to avoid hypothermia, and to follow healthy lifestyle. Therefore, people should take care of their kidneys in order to prevent many diseases, to be young and healthy for a long time.

D.O. Krykun

PHYSIOTHERAPY: THERAPUTIC ELECTROPHORESIS AND ITS EFFECT ON THE HUMAN BODY

Department of Foreign Languages with Latin and Medical Terminology Course I.I. Makodai (PhD, assoc. prof.), E.O. Manzhos (PhD, assoc. prof.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia Ukraine

Actuality. Electric current is a destructive force capable of incinerating a living organism on the spot in a second. However, people found useful applications of electricity not only in everyday life, but also in medicine. Physiotherapy is a branch of medicine that uses physical factors for treatment, rehabilitation and prevention. An example of such therapy can be the use of therapeutic electrophoresis. First, electrophoresis has many positive qualities and minimal side effects and secondly, the medicinal substance accumulates precisely in the impression zone (in the area to be treated) and the concentration of medicine will be greater than when taking a pill or an injection. Thirdly, the majority of the population has chronic diseases and a negative reaction of the body (inflammatory processes) to changes in the weather.

Goal – to analyze the general state of the body after exposure to electric current and ions of medicinal substances.

Materials and methods. The material of the research was therapeutic electrophoresis "Flow-1" and its physical impact on a person. The device has two openings for electrodes: a negative anode (through which the negatively charged ions of the medicinal drug: chlorides, iodides, etc. are conducted) and a positive anode (which conducts the positively charged ions of the medicinal drug: metal ions; milliammeter; switches for current regulation and current regulator).

Results. Most of the ions move into the body through sweat glands, and drugs can also penetrate through intercellular spaces or sebaceous glands. It is also possible to conduct biologically active substances (BAS) and their mixtures through the epidermis and dermis. From there, they have access to the circulatory and lymphatic systems - that is, they are delivered to all organs. This type of physiotherapy is often performed in combination with electrophoresis, inductothermo-electrophoresis, magnetophoresis and cryoelectrophoresis; and it is combined with electromagnetic radiation. This method of combination increases the permeability of the skin for medicinal substances, and, accordingly, allows to introduce a larger amount of the drug deeper.

Conclusions. Therefore, a distinctive feature of this treatment is the long-term therapeutic effect of medicinal substances and the possibility of influencing the center of the disease thanks to the "skin depot of the drug". This procedure activates cell receptors for better drug absorption, and therefore: reduces inflammation → reduces swelling and eliminates pain → has a calming effect on the cells of the internal environment → relaxes muscle tone → improves blood circulation → accelerates tissue regeneration.

A.Liubavina, N.Shmyhanivskyi

THE IMPACT OF WAR ON PSYCHIC STATE OF VNMU STUDENTS

Department of Foreign Languages

A.Yatsenko (Senior Lecturer)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Background: Aggression (lat. *aggredi* - "to proceed; attack") is motivated destructive behavior that is contrary to the norms of human coexistence, destructive behavior that causes physical and moral damage. Military operations taking place in Ukraine has led to escalation of violence and increase in the level of aggression among many people.

Objective: To determine the degree of aggressiveness of students of VNMU and its connection with their psychic state.

Materials and methods: The questionnaire of A. Buss, A. Durkee was used to determine the signs and forms of aggression. The DASS-21 questionnaire was used to detect stress, depression and anxiety. At the end of November 2022, 101 students of VNMU were interviewed – 51 females and 50 males. Mean age of the students was 19.24 ± 0.57 years. Statistical processing of test results was carried out using the Microsoft Office Excel program.

Results: The questionnaire showed moderate level of aggressiveness among VNMU students. The number of persons with moderate physical aggression was $60.40 \pm 4.87\%$, those with verbal aggression- $62.38 \pm 4.82\%$, and indirect aggression - $70.30 \pm 4.55\%$.

Women had lower indices of physical aggression compared to men ($p > 0.001$), but in general the similar index of aggression was found in both sexes. $90.01 \pm 2.98\%$ of respondents had moderate aggression index. A number of study students showed high level of autoaggression - $35.64 \pm 4.77\%$ More than half of the subjects demonstrated moderate degree of hostility - $57.43 \pm 4.92\%$. The level of stress in men appeared to be significantly lower - $46.0 \pm 7.05\%$, than in women, which is nearly twice as high - $80.39 \pm 5.56\%$ ($p > 0.001$). A higher percentage of individuals with moderate and severe stress was found among female students ($p < 0.05$). Anxiety occurs in $70.30 \pm 4.55\%$ of students, and depression of various degrees - in $59.41 \pm 4.89\%$. No significant differences were found in the results of the Buss-Durkee test between students who exhibited high and very high stress and those who did not experience stress. Correlation analysis did not reveal statistically significant relationship between stress and aggression.

Conclusions: 1. Moderate level of aggressiveness is noted among VNMU students. Women and men have the same aggressiveness index, except for significantly higher physical aggression, which is more pronounced in men ($p < 0.001$).

2. The majority of students are in a state of stress ($66.33 \pm 4.70\%$ of subjects), being more evident in female students ($80.39 \pm 5.56\%$).
3. There are no significant differences in the results of Buss-Durkee test between students who demonstrate severe and very severe stress and those without stress.

E. Roziieva

INTERACTION OF SLEEP QUALITY AND PERSONAL ANXIETY LEVEL

Department of foreign languages with a course in Latin and medical terminology

O. P. Horpyniuk (senior lecturer)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Background: Sleep is known to be a complex biological process in processing new information, being healthy, and re-energizing. The pace of modern life, constant stress effects and the reality of war cause severe psycho-emotional state so-called panic attacks. They cause both personal discomfort and interference of fully functioning in society. Panic attacks can cause sleep problems as well.

Objective: To investigate the interaction of sleep quality and personal anxiety level on the number and intensity of panic and emotional disorders.

Materials: To review, analyze and systematize the scientific literature, Internet resources (PubMed, MedScape, Scopus, Google Scholar, Oxford Academic) and population survey in the Google Forms system.

Results: 136 men and women aged 17 to 47 took part in the survey. Among the sample of respondents, attacks of sudden anxiety, fear or terror during the last four weeks were observed in 60 per cent. 80% of which experienced panic attack symptoms after stressful situations. The most common symptoms according to the survey are the fear of losing control over the situation and a sudden feeling of danger, rapid heartbeat, headache and dizziness (53.6% of respondents). Other symptoms are feeling of unreality, detachment, shortness of breath, ringing in the ears (35.7%); abdominal cramps, sweating (32.1%); chest pain, chills, tremors (28.6%); hot flushes to the face (25%); problems with coordination of movements, nausea (21.4%); tingling or numbness of the limbs, dry mouth (14.3%); feeling like you are dying (3.2%). 92 per cent of respondents felt more irritable and had more stressful situations the day after sleep deprivation. People who constantly sleep 4-5 hours a day are less motivated and have constant general weakness. In addition, scientists consider chronic lack of sleep to be the cause of chronic stress. Almost all interviewees who were in the occupation, came under artillery fire or rocket attack, declared the appearance or increase of panic attack symptoms after the traumatic situation already being in a safe place. Also, the most popular method of self-soothing turned out to be the method of breathing control. The second most popular method is taking sedative drugs and eating sweets.

Conclusions: So, we can see the better a person sleeps, the better he feels and the risk of panic attacks lowers. I would like to note that sleep is not a panacea, but it will definitely help you overcome anxiety, panic and emotional disorders or any diseases of various etiology. So, if you have irregularities of sleep consult a somnologist. This specialist helps you to avoid incorrect drug administration and prescribes you correct medicines.

K.U. Surina

REASONS FOR THE IMPORTANCE OF PROPER NUTRITION. PRINCIPLES OF PROPER NUTRITION

Department of foreign Languages with Latin and Medical Terminology Course

M.I. Kostyuk (Senior Lecturer)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University,

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: In the modern world, technologies are developing very quickly every day, which allows us to produce more and more diverse goods, including food. But in industrial production, in order to reduce the price and produce more food products, raw materials with low quality and low nutritional value, which do not contain vitamins, are often used. Most people often do not care about the quality and nutritional value of the food they buy in the store. If the food is tasty, cheap and quick to prepare or does not require cooking, they will be happy to buy it. In addition, people never even think about whether they are eating healthy food, because the rhythm of life in the century of technology is very fast. That is why it is important to constantly talk about the principles of healthy nutrition, because many biochemical processes in our cells depend on our lifestyle and the quality of nutrition. And if the body does not receive a sufficient amount of vitamins and nutrients, diseases develop and the quality of life deteriorates.

Goal: Convince people, especially students, of the need for a healthy diet.

Materials and methods: Analysis of the diet of medical university students, using the literature Whole: Rethinking the Science of Nutrition; Cambridge literature; Journal of Nutrition Science.

Results: The diet of modern people mainly consists of fast carbohydrates and fast food, because these products are very tasty due to the content of food additives, flavorings, flavor enhancers and other synthetic substances in them. More nutrients, vitamins and antioxidants can be obtained from all types of vegetables (a source of fiber and vitamins: vitamin A is found in cabbage, carrots; B vitamins - eggplant, beans, tomatoes, asparagus, onions; vitamin C - broccoli, parsley; vitamin E spinach, asparagus; vitamin K – carrots, cabbage, potatoes), fruits (contain a lot of fiber, pectins and antioxidants, especially apples, berries, apricots and plums), whole grain products (whole grain pasta, bread and cereals), homemade dairy products (contain a lot of protein and calcium), eggs (contain vitamin D), fish and meat. If the body does not receive a sufficient amount of macro- and micronutrients, not only diseases of somatic systems, such as myxedema, Addison's disease, ulcers of the gastrointestinal tract, and so on, but also mental changes and diseases: depression, insomnia, and cretinism can occur. All these processes begin at the cellular level, with the metabolism of simple substances, so we may not immediately notice the consequences of irrational nutrition. Also, the survey showed that the students' diet mainly includes fast carbohydrates, such as pastries, pasta, potatoes and sweets. It is very difficult for students to eat healthy and nutritious food all three times a day due to lack of time and energy. A good solution would be to plan the diet in advance and prepare full meals on the weekend.

Conclusions: The issue of healthy eating should be raised more often to convince people that their health, quality of life and life expectancy depend only on them and on how they eat. Special attention should be paid to the nutrition of students, as the quality of their studies and well-being depends on the composition of their diet.

V. V. Tkachuk

FACTORS AFFECTING STUDENT'S BRAIN ACTIVITY IN THE PROCESS OF DISTANCE LEARNING

Department of Foreign Languages with Latin and Medical Terminology Course

I. I. Makodai (PhD, doc.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University,
Vinnitsia Ukraine

Actuality: when the cognitive functions of the brain are impaired, a person loses the ability to understand, learn, perceive and process external information. Without these components, a person's personality is completely lost, that is why it is important to maintain the balance of brain biochemistry. In order to understand how to prevent certain disorders of brain activity, it is necessary to clearly outline the factors that affect the brain. It is necessary to fight the symptoms of the disease and destroy

the root of the problems at the cellular level and accordingly optimize healthy habits from a young age.

Goal: 1) to determine which diseases cause of the brain and its cognitive functions; 2) to investigate factors and abnormalities that lead to the development of diseases; 3) to investigate the current state and dynamics of cognitive processes among medical students in the conditions of distance learning; 4) to examine the level of anxiety in medical students during online learning according to the Eysenck's scale.

Materials and methods: For the study, two questionnaires were conducted. In these surveys 50 students of second year of studying at Vinnytsia National Medical University took part. First survey contained questions that estimated a short-term memory and recollection, spatial and visual abilities, executive functions, attention, concentration and working memory, speech functions, abstract thinking, eating habits and physical activity of medical students during online learning. Second was supposed to examine the level of anxiety according to the Eysenck's scale. Also, the scientific literature for investigation was researched on such platforms as Google Scholar, WOS and Elsevier.

Results: the level of anxiety among medical students during online education was determined according to the Eysenck's scale. It was established that 82% of respondents have a low level of anxiety, 16% have an average level of anxiety, and only 2% have a high level of anxiety. These results show a weak effect on the nervous system and the level of mental workload during distance learning. The state of cognitive functions in students of medical specialties is within normal values. However, many students on the base of excessive information overloading, experience discomfort and alarming symptoms that can signal the beginning of a pathological process, which in turn may indicate a decrease in cognitive working capacity among young people during online learning. 71% of students take or plan to take medications that affect cognitive functions. Such actions can undoubtedly be considered a struggle with the main symptoms of diseases that lead to disruption of the functional aspects of brain.

Conclusions: the factors that affect the cognitive functions (work) of the brain are considered. It has been established that the main diseases that directly affect the functioning of the brain include dementia, which can later develop into Alzheimer's disease. Five main factors affecting the functioning of the brain, disrupting its cognitive functions, were studied. It has been investigated that since the beginning of online learning, the state of cognitive functions in medical students corresponds to normal values, but an incorrect assessment of students' well-being can initiate destructive health conditions, the formation of destructive behavioral strategies in general. Despite the fact that online learning is very stressful period for everyone, I consider that the anxiety level of the medical students is normal. 82% of respondents have a low level of anxiety according to the Eysenck's scale. It means that conditions related to distance learning did not affect the psychophysiological functioning of the brain and its cognitive functions.

М.С. Алісова, О.М. Музичук

**ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВАДЖЕННЯ
ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ОПТОВОЇ ТА РОЗДРІБНОЇ ТОРГІВЛІ
ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ**

Кафедра судової медицини та права

Р. Г. Жарлінська (к. е. н., доц.), О.Ф.Адамчук (к.ю.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Після запровадження в Україні воєнного стану зазнали законодавчих змін умови ведення різних сфер господарської діяльності, включаючи торгівлю лікарськими засобами. Основна мета таких змін зосереджена, перш за все, на забезпеченні населення медикаментами в умовах, коли доступ до них може бути ускладненим або взагалі неможливим. Актуальність теми для медичних працівників полягає в тому, що лікарі повинні враховувати можливі обмеження в доступі до медикаментів та закладів охорони здоров'я.

Мета: Дослідити та проаналізувати правовий аспект регулювання продажу лікарських засобів в період воєнного стану.

Матеріали та методи: ЗУ "Про лікарські засоби"; Наказ МОЗ "Про організацію медичної допомоги в умовах воєнного стану"; Постанова КМУ "Проведення господарської діяльності щодо торгівлі лікарськими засобами у період воєнного стану".

Методи: аналітичний, формально-юридичний, догматичний, лібертарний, порівняльно-правовий.

Результати: У зв'язку із введенням воєнного стану Держлікслужба та МОЗ України спростили процедури над контролем якості, імпорту та торгівлі лікарськими засобами.

По-перше, дозволяється ввезення в Україну ліків без маркування українською мовою, а продаж - у первинній упаковці, проте з обов'язковим наданням інструкцій щодо використання.

По-друге, термін придатності препаратів, які надходять, може не відповідати загальним вимогам виробника, але за умови, щоб він не був вичерпаним.

По-третє, посилаючись на зміни в Постанові КМУ від 7 травня 2022 р., продаж рецептурних медикаментів (за винятком тих, що містять психотропні та наркотичні речовини) може здійснюватися без рецепта, але з попереднім наданням робітниками аптечних установ указівок щодо використання препаратів керуючись інструкцією. Всупереч цьому, продаж антибіотиків здійснюється тільки за рецептом, за виключенням територій ведення бойових дій, окупації або оточення - перелік даних територій затверджений наказом Мінреінтеграції.

По-четверте, ліцензіати з ліцензією на роздрібну торгівлю ліками мають право продавати медикаменти один одному з можливістю подальшого їх продажу.

По-п'яте, ліцензіати з ліцензією на оптову торгівлю ліками можуть купувати медикаменти, виготовлені в умовах аптеки, у суб'єктів, які мають на це ліцензію.

Висновок: Впровадження змін у законодавстві має позитивно вплинути на сферу громадського здоров'я (шляхом забезпечення медичних закладів та населення життєво необхідними медикаментами), на ринкове середовище у сфері господарської діяльності з виробництва лікарських засобів (заохочуючи до виробництва вітчизняних ліків у необхідному обсязі в умовах воєнного стану). Для громадян реалізація даної постанови відобразиться у розширенні доступу до лікарських засобів, враховуючи індивідуальні клінічні потреби в умовах воєнного часу.

А. В. Байдужа

СУЧАСНА КЛІНІЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ ЯК НАУКОВА СИСТЕМА ВІДКРИТОГО ТИПУ. МКХ-11

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Г.Т. Михайлюк (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: в реаліях сьогодення хвиля наукової інформації завжди зростає, а це потребує підвищення інтенсивності інформаційного обміну у всіх галузях знань, зокрема в лікувальній справі. Щоб забезпечити комунікативні вимоги в медичній практиці, працівникам охорони

здоров'я, потрібно наполегливо працювати над стандартизацією, уніфікацією та систематизацією клінічної термінології.

Мета: опанувати методи й технічні прийоми розуміння особливостей класифікації сучасних клінічних термінів та проаналізувати основні зміни в МКХ-11.

Матеріали та методи: МКХ-10, МКХ-11, Клінічна латина з англійськими та українськими відповідниками за редакцією Закалюжного М. М., Латинсько-український медичний енциклопедичний словник у 2 томах, Українсько-латинсько-англійський медичний енциклопедичний словник у 4 томах.

Результати. На підставі проведеного структурно-аналітичного аналізу встановлено, що міжнародна класифікація хвороб відіграє важливу роль в медицині, оскільки призначена для встановлення діагнозів. МКХ-10 (англ. ICD-10) та МКХ-11 (англ. ICD-11) – перегляди Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям людини. МКХ-10 діяла до кінця 2021, а тому перехід на нову МКХ-11 рекомендований ВООЗ з 01.01.2022 р. В МКХ-10 основне нововведення - використання алфавітно-цифрової системи кодування, що дозволило більш ніж удвічі збільшити розміри структури кодування. Ця структура розроблена на основі класифікації, де потрібно використовувати статистичні дані про хвороби для всіх практичних та епідеміологічних цілей.

Одинадцята редакція МКХ – науково обґрунтований продукт, який оновлено згідно з успіхами в науці. Вона відображає сучасне здоров'я людини та є значним кроком уперед порівняно з МКХ-10, бо перша вийшла в електронному форматі, а тому зручна в користуванні. З новою редакцією відбулися ключові зміни, які представлені введенням нових розділів про сексуальне здоров'я та альтернативну медицину. Також відбулася пере класифікація ігрової залежності як психічний розлад та змінено підхід до класифікації інсульту – тепер це захворювання мозку, а не системи кровообігу. В МКХ 11 перегляду започатковано нову діагностичну категорію – розлад уникнення споживання їжі (ARFID) та представлено кластерне кодування – спосіб маркування кодів для опису одного стану. Здатність до кластеризації, що властива МКХ-11, є одним із визначальних змін порівняно з МКХ-10.

Висновки. Сучасна клінічна термінологія належить до наукових систем відкритого типу, що постійно оновлюється і розвивається через появу нових одиниць та виходу з ужитку застарілих з плином часу. Міжнародна класифікація хвороб дала можливість впорядкувати клінічну термінологію в медичній сфері та має найбільш повний і системно структурований перелік відомих та, що важливо, визнаних доказовою медициною хвороб і станів, яким користуються фахівці та опановують 30 медичних вищів для успішного засвоєння навчальних дисциплін та підготовки високого рівня фахівців галузі охорони здоров'я.

С.О.Барабаш

НАЗВИ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ЛАТИНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Т.В. Некрашевич (к. пед. наук, доцент)

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність: проблематика вивчення дитячих інфекційних хвороб у латинській медичній термінології є актуальною для педіатрів та інших медичних фахівців. Важливо не тільки орієнтуватися в етіології хвороби, але й знати етимологічне значення, що сприятиме кращому розумінню медичної терміносистеми.

Мета: проаналізувати назви дитячих інфекційні хвороб та класифікувати їх за етіологічними показниками, шляхами зараження.

Матеріали та методи: назви дитячих інфекційних хвороб на основі аналізу словників Керол Дж. Бейкер «Атлас дитячих інфекційних хвороб» (2019) та В. О. Баріл «Українсько-латинський словник клінічних термінів» (2012) та застосовано метод аналізу та синтезу, статистики, описовий метод.

Результати: на основі наукових джерел (словники) нами було виокремлено 87 термінів-назв дитячих інфекційних хвороб. Проаналізувавши значення яких, ми змогли класифікувати терміни на такі групи:

1) 29 термінів (33 %) відноситься до класу «Хвороби спричинені бактеріями». Наприклад: anthrax, acis m – сибірка (антракс) (від грец. άνθραξ «вугілля, карбункул»); actinomycosis, is f – актиномікоз (від грец. ακτις «промінь», μυς – «гриб»);

2) 20 термінів (23%) «Хвороби спричинені вірусами». Наприклад: parotitis epidemica - епідемічний паротит (свинка) (від грец. parot – білявушна залоза), hepatitis A – гепатит А (від грец. hepat – «печінка»);

3) 2 терміна (2 %) «Хвороби спричинені бактеріями і вірусами». Наприклад: meningitis, idis f – менінгіт (від лат. meninx «мозкова оболонка» + itis «запальний процес»); pneumonia, iae f – пневмонія (від грец. pneumon – «легеня»);

4) 11 термінів (13%) «Хвороби спричинені найпростішими». Наприклад: malaria, ae f – малярія (від італ. «погане + повітря»); lambliosis, is f – лямбліоз, назва має епонімічний компонент – походить від відкривателя Вілема Душана Лямбля;

5) 11 термінів (13 %) «Хвороби спричинені червами». Наприклад: ascaridosis, is f – аскаридоз; taeniosis, is f – теніоз (від лат. tainia «стрічка»);

6) 10 термінів (11 %) «Хвороби спричинені грибами (грибками):». Наприклад: trichophytosis, is f - мікоз гладкої шкіри (стригучий лишай, трихофітоз) (від грец. trich – «волосся» + phyt «рослина»); candidosis, is f – кандидоз;

7) 4 терміна (5 %) «Хвороби спричинені комахами». Наприклад: pediculosis capitis – педикульоз голови (спричинений головними вошами); scabies, ei f – короста.

Висновки: отже, на основі проведеного дослідження можемо зробити висновки, що найчиселнішою групою є «Хвороби спричинені бактеріями». Найбільш вживані суфікси в утворенні охарактеризованих термінів: «-osis, is f», «-iasis, is f», «-ia, iae f», що вказує саме на патологічний стан в цілому.

В.Р. Бойко

ЦЕРКОВНО-ДЕРЖАВНІ СТОСУНКИ У ІМПЕРІЯХ ДАВНИНИ Й СУЧАСНОСТІ

Кафедра філософії та суспільних наук

В. П. Лациба (к.істор.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: повномасштабне вторгнення РФ на територію України в лютому 2022 року з новою гостротою розкрило церковне питання в суспільному житті українців. Довгий час Українську православну церкву («Московського патріархату») вважали агентом впливу російської пропаганди в Україні. Також предстоятель Руської православної церкви, патріарх Кирило відзначився низкою пропагандистських, провоєнних та політично заангажованих цитат, які навіть поставили його під перспективу бути відданим на засудження судом Пентархії. Заперечувати хоча б частковий зв'язок УПЦ з РПЦ неможливо, тож питання того, як можна належати до церкви, ієрархи якої проповідують знищення українців, стоятиме в інформаційному просторі ще довго. Зважаючи на це, актуальною темою є дослідження того, як церква співіснувала в різні часи з дружніми та ворожими до неї режимами, як поводи́ла себе в кризові часи та як бачила й бачить своє сучасне становище в суспільному й політичному житті.

Мета: дослідити догми та канони православної церкви на предмет її стосунків з державною владою, проаналізувати житійний та історичний матеріал для дослідження взаємодії церкви з державою й суспільством на практиці.

Матеріали та методи: аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, Біблії, церковно-правові документи, життя святих.

Результати: ідея панування зустрічається вже на перших сторінках книги Буття. Книгах історичних йдеться про вождів – судей, які панували над єврейським народом колективно. Останній суддя, пророк Самуїл помазав на царство Саула, пізніше царем став Давид – лірик-пророк, від якого ведеться земний царський рід Ісуса Христа. Отже влада у найрізноманітніших проявах присутня у Старому Завіті й не засуджується як така. Нагірна проповідь Христа частково протиставляє церковну владу державній. В перші віки існування церкви, як слідує з апостольських послань, вона намагалася приховувати свою діяльність від ворожої держави, але апостол Павло пише про покірність та повагу до влади. Папа Геласій I зазначав, що з'єднання в одній особі влади священника і царя могло бути можливе лише до пришествя Христа, натомість Псевдо-Діонісій Ареопагіт в епоху імператорів Ісаврів стверджував, що Рим є відображенням Царства Небесного на землі. Канонічне право засуджує непокору владі. Є негативні свідчення про залежність церкви від влади й ідеологічної пропаганди на прикладі страждань непокірного святителя Іоана Золотоустого, Російської імперії, Румунії в 1940-х та сучасної Росії.

Висновки: у Священному Писанні ми зустрічаємо неосудливі згадки про владу й правосуддя. Водночас присутні сенси, які вступають в суперечність з деякими основами реалізації влади в сучасності. Дії РПЦ й риторика патріарха Кирила суперечать євангельським заповідям, РПЦ недвозначно показує себе як залежну від державної влади структуру, що востаннє ставалося в більше 700 тому. Загалом же світове православ'я показує принципово нові й коректні з точки зору Передання підходи до церковно-державних й церковно-суспільних стосунків.

Д.Р. Вороний

ФІЛОСОФСЬКИЙ ОГЛЯД ТЕОРІЙ ЩАСТЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Вергелес К.М. (проф., д. філос. н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щастя завжди супроводжує людину. Кожен його хоче, але не всі знають як знайти і тому багато мислителів й по нині розробляють теорії його досягнення. Філософські роздуми над цим питанням є одним з основних напрямків у сфері пошуку сенсу життя.

Мета: Дослідити шляхи досягнення щастя.

Матеріали і методи: Порівняльний аналіз наукової літератури у пошуковій системі Google Scholar та з ресурсів PubMed, Scopus.

Результати: Філософія щастя є однією з найважливіших гілок філософії. Хоча існує безліч різних підходів до цієї теми, але більшість із них можна об'єднати у дві основні групи.

Однією з популярних теорій щастя є гедонічний підхід, який передбачає, що щастя базується на задоволенні та болю. Суть цієї теорії максимізувати задоволення і мінімізувати біль. Цей підхід має перевагу в тому, що він простий і легкий для розуміння, а також в тому, що підтверджується багатьма емпіричними доказами. Дослідження показали, що люди, які більш гедоністичні, як правило, щасливіші.

Однак можна сказати, що гедонічний підхід є занадто вузьким. Доказом є те, що існує багато речей, які можуть зробити нас щасливими, але не обов'язково приносять задоволення, як-от: почуття досягнення або почуття любові. Крім того, певний біль насправді може бути корисним, наприклад, біль від фізичних вправ, що призводить до покращення фізичного здоров'я.

Іншим шляхом є евдемонічний підхід, який передбачає, що щастя базується на гарному житті. Він ґрунтується на ідеї, що в житті є щось більше, ніж просто задоволення та біль. Натомість хороше життя – це те, яке є змістовним і повноцінним. Щоб досягти цього, теоретики евдемонізму пропонують зосередитися на розвитку наших сильних сторін і чеснот.

Евдемонічний підхід має перевагу в тому, що він більш тонкий і всеосяжний. Він також переважає в тому, що має підтримку серед філософів. Наприклад, Арістотель стверджував, що найвищим благом має бути те, що є добрим саме по собі, а не лише корисним для чогось іншого. Задоволення, стверджував він, не є хорошим саме по собі, тому що це лише відчуття, і воно може бути як поганим, так і хорошим (наприклад, задоволення від того, що ви з'їли занадто багато).

Натомість, у своїй відомій праці «Нікомахова етика» Арістотель стверджує, що найвищим благом для людини є щастя. Він визначає щастя як «діяльність згідно з чеснотою». Іншими словами, щастя досягається добродієм життям.

Він вважає, що існує два види чесноти: моральна чеснота та інтелектуальна чеснота. Моральна чеснота розвивається через звичку та навчання. Люди стають добродіями, роблячи добродійні речі. Наприклад, хтось чесний виробив звичку бути чесним через неодноразові вчинки чесності.

З іншого боку, інтелектуальна чеснота — це не те, чого можна навчитися через звичку чи навчання. Інтелектуальна чеснота — це те, з чим люди народжуються або розвиваються завдяки розуму. Люди з інтелектуальними чеснотами мають здатність ясно мислити та приймати правильні рішення раціональним способом.

Висновки: Отже, який підхід правильний? Простої відповіді немає і обидва підходи мають що запропонувати. Зрештою, кожен сам вирішує, що робить його щасливим.

Я. Д. Гавенко

ФІЛОСОФСЬКІ ПОГЛЯДИ ХРИСТІАНА ВОЛЬФА

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к. філософ. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вольф бачив філософію як засіб досягнення щастя на основі очікуваної гармонії, яка є першоосновою існування всіх творінь. Він вважав, що світова гармонія існує в одній всемогутній істоті (Бог), він створив концепцію системи знань, керуючись принципами логіки.

Мета: дізнатись те, як філософ уперше створив систему, яка охоплює основні сфери філософського знання. Коли він став послідовником Лейбніца, видатним німецьким філософом, який перевів філософію Лейбніца на рівень схематичної доктрини, він створив концепцію, засновану на філософії здорового глузду.

Матеріали та методи: займаючись систематичною формалізацією та координацією набутих знань у філософії, послідовно визначаючи поняття, які не повинні суперечити одне одному, Христіан розробив принципи аксіоматичної побудови наукових теорій. Ці принципи стали значною рушійною силою для філософського розвитку XVIII ст.

Результат: в основі системи лежать специфічні теологічні принципи. Вольф наголошував на фізичних знаннях - про "просту матерію"; рухи тіла і їх просторові відношення, пояснені механічними силами, вважалися способом встановлення гармонії. Він конкретно згадує такі науки, як "пневматологія" - про діяльність духів, математику - про причини речей, етику, право, політику - про волю, яка є властивістю душі, філософію – про все, що існує, тобто взаємовідносини духовності і матеріальності.

Висновок: Христіан Вольф досяг великих, монументальних заслуг, головним чином у загальному інтелектуальному розвитку німців. Тому його в першу чергу можна назвати вчителем німців. Можна сказати, що Вольф уперше приручив у Німеччині «філософствування». Його знання сприяли розвитку природознавства у XVIII ст.

Я.Д. Гавенко

РОЗВИТОК УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра українознавства

М.І. Лісовий (к.пед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Українська медична термінологія – це певна кількість взаємопов'язаних елементів, які створюють стійку єдність і цілісність із характерними рисами й закономірностями. Основною концептуальною проблемою дослідження медичної термінології є визначення теоретичних основ, зв'язків і відношень для забезпечення організації медичної термінології в систему та встановлення закономірностей її структури, функціонування й розвитку.

Мета: Дослідити шляхи формування української медичної термінології; проаналізувати перші медичні словники.

Матеріали та методи: Огляд і аналіз джерел наукової літератури й інтернет-ресурсів, узагальнення та систематизація досліджуваного матеріалу.

Результати: Українська медична термінологія виникла ще в праслов'янські часи і відображала життя та потреби людини. Народні анатомічні, фізіологічні й патологічні назви частин тіла, хвороб і способів їх лікування з'явилися в усній народній праукраїнській мові під час розвитку народної та традиційної медицини, укорінилися в народній мові й разом із іншим емпіричним досвідом стали передаватися через покоління. В «Ізборнику Святослава», одній із найважливіших пам'яток історії та культури українського народу, донесено до нас важливу систему цінностей наших предків, назви деяких хвороб, методи лікування, хірургічні втручання та види ран. Перші словники з медичними термінами з'явилися ще в XVI-XVII ст. У Вільні 1596 р. Лаврентій Зизаній видав перший український буквар зі словником «Наука ку читанню і розумінню писма словенскаго», написаний староукраїнською мовою, в якому містилися слова й терміни, пов'язані зі здоров'ям і хворобами людини. Фізіологічні, анатомічні назви й назви хвороб також можемо знайти в «Лексиконі словенороському» Памви Беринди, який містить близько 7000 слів. У словнику подано пояснення термінів тогочасної української літературної мови.

Висновки: Багато медичних термінів вживаються в українських стародруках. Розвиток медичної термінології почав посилюватись у кінці XVI ст. з поширенням друкованих книг. Дослідники нашої мови XVI-XVIII ст. наводять понад 500 староукраїнських медичних термінів – загальні й конкретні назви захворювань, ліків, лікарських рослин тощо. Походження, історія та розвиток медичних назв, занепад і поява нових слів були такими ж складними, цікавими, примітивними і непередбачуваними, як і життя давньоукраїнського суспільства.

Г.Ю. Гаврилюк

NOMINA ANATOMICA. ІСТОРІЯ ТА ДИНАМІКА УПОРЯДКУВАННЯ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології О.Ф.

Гайдаєнко (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність: термінологія – це система спеціального словникового запасу певної наукової дисципліни. Кожний термін має свою логіко-семантичну та морфологічну структуру і визначає певне поняття. Анатомічна термінологія включає в себе уніфікований перелік анатомічних термінів, затверджених Міжнародною асоціацією анатомів. Розуміння походження і значення анатомічних термінів дозволяє правильно оперувати, пояснювати і описувати анатомічні структури, прослідковувати історичні періоди розвитку науки.

Мета дослідження: дослідити і систематизувати анатомічні терміни, залежно від походження; ознайомити слухачів з поняттям анатомічної термінології та закономірностями її походження.

Матеріали та методи: аналіз та опрацювання вітчизняної і зарубіжної медичної літератури: словників, довідників та посібників; використання інтернет-ресурсів.

Результат. Терміни, що використовуються в сучасній *Nomina Anatomica*, можна розділити за походженням на анатомічні назви, що відображають античні уявлення про навколишній світ, міфологізми античного походження і біблеїзми, що відображають часи Середньовіччя, епонімічні назви (епоніми).

Назви, що відображають античні уявлення про навколишній світ утворюють групу термінів співвідносних з предметами живої і неживої природи, а саме: ландшафтом, тваринним і рослинним світом; об'єктами, пов'язаними з умовами життя людини, такими як: побут, одяг, їжа, сільськогосподарські знаряддя, військове спорядження тощо. *Exempli gratia, trochanter* (від гр. *trochao* – бігати, крутити) – *вертлюг*, широкий об'ємний виступ на стегновій кістці; *clavicula* (від лат. *clavis* – ключ, засувка, запор) – *ключиця*.

Міфологізми античного походження і біблеїзми додали до анатомічної термінології слова з астрології та хіромантії. *Exempli gratia, tendo Achillis (t. calcaneus)* – *ахіллове сухожилля*. Названо на ім'я героя Троянської війни Ахілла. Тіло Ахілла було невразливим, але залишилася вразливою лише п'ята.

Епонімічними назвами або епонімами називають будь-які власні імена, що стали загальними. *Exempli gratia, Гаверсієв канал (canalis osteoni)* – канал в кістках, названий на честь першовідкривача Гаверса Клоптона - англійського лікаря та анатома; *фалопієва труба (tuba uterina)*, досліджена та описана італійським анатомом Габріелем Фалопієм.

Висновки. Аналіз анатомічних термінів показав залежність назви від періоду відкриття певної структури, відкривача, діяльності людини, візуальної схожості з предметами побуту і не тільки, розміщення органу відносно інших структур, уявлень людей про навколишній світ тощо. Звісно, анатомічна термінологія містить назви, фактична невідповідність яких була доведена. Тому сучасниками деякі терміни не сприймаються буквально.

Л. М. Гнатюк, Д. В. Гриневич

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Кафедра судової медицини та права

Жарлінська Р.Г. (доцент, к.е.н.), Адамчук О.Ф. (доцент, к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Медичні заклади України не завжди можуть своєчасно надати висококваліфіковану допомогу у зв'язку з військовими діями та значною кількістю поранених військовослужбовців, які ризикують своїм здоров'ям і життям, захищаючи український народ та кордони нашої країни. Тому наша держава повинна забезпечити всі можливі заходи задля збереження та покращення здоров'я захисників.

Мета: Дослідити правові аспекти забезпечення умов для належного лікування військовослужбовців України в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи: проаналізовано нормативні акти України, що регулюють правове медичної допомоги військовослужбовцям під час воєнного стану. Методи: аналітичний, формально-юридичний, порівняльно-правовий.

Результати: Правове регулювання надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану є важливою для забезпечення бойової готовності армії та збереження життя та здоров'я військовослужбовців. Законодавство України встановлює правила та процедури надання медичної допомоги військовослужбовцям у час воєнного стану, які мають відповідати вимогам міжнародного гуманітарного права та стандартів медичної практики.

Одним з основних нормативних актів, який регулює надання медичної допомоги військовослужбовцям у час воєнного стану, є Закон України "Про захист національної безпеки України". Згідно з цим законом, медична допомога військовослужбовцям надається відповідно медичним стандартам, які забезпечують найвищий рівень медичної допомоги. До забезпечення медичної допомоги військовим залучаються висококваліфіковані медичні фахівці, які мають відповідні знання та досвід у наданні медичної допомоги у воєнних конфліктах.

«Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил» - відповідно до Наказу МОЗ України від 25.02.2022 року №379, медична допомога надається всім пораненим цілодобово. Поранених госпіталізують у ближні заклади охорони здоров'я, які надають медичну допомогу.

«Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» згідно статті 11 закону України (від 13.04.2022р.) військові мають право на медичну допомогу за межами України в умовах військового часу та безкоштовної медико-психологічної реабілітації за рахунок держави.

Висновки: Отже, правове регулювання надання відповідної медичної допомоги військовослужбовцям під час воєнного стану в Україні відіграє важливу роль у забезпеченні їх здоров'я та життя. Незважаючи на наявність правового регулювання, надання медичної допомоги військовослужбовцям є викликом у ситуаціях воєнного конфлікту, де кваліфікована медична допомога є необхідною для збереження життя та здоров'я військових. Тому держава повинна забезпечити належну організацію медичної допомоги військовослужбовцям у воєнний час та забезпечити дотримання встановлених норм та стандартів.

М.О. Голубнича

ОСОБЛИВОСТІ НАЗВ ОТРУЙНИХ РОСЛИН

Кафедра латинської мови та медичної термінології

М.І. Перекрест (викладач)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Ботанічна номенклатура характеризується тим, що більшість назв рослин походять з латинської та давньогрецької мови.

Актуальність наукової розвідки зумовлена зростанням цікавості серед студентів медичних та фармацевтичних профілів навчання до флоронайменування рослин.

Метою нашої роботи є вивчення етимології латинських назв отруйних рослин.

Матеріалом дослідження є ботанічні номені, що були відібрані **методом** суцільної вибірки із ботаніко-фармацевтичних довідників.

Результатом дослідження є вивчення наукових джерел «Про що говорять назви рослин» Б. Н. Головкина та електронного ресурсу «Фармацевтична енциклопедія». Методом суцільної вибірки було виявлено 32 назви, дослідження ми зосередили на 10 флорономенах.

Латинська ботанічна назва є подвійною, має *nomen genericum* і *nomen specificum* та вказує на різні ознаки, наприклад: колір, будову, період вегетативного росту, ареал походження, запах та ін. Під час детального аналізу ми встановили, що існує невелика категорія номенів, які не мають особливих характеристик, наприклад: пижма звичайна (**Tanacetum vulgare**), епітет *vulgare* (з лат. *vulgaris*, е-звичайний). Група ботанічних номенів, що характеризує: колір, будову, ареал походження та запах рослин є найбільшою. Наприклад, дурман (**Datura stramonium**) – є латинізованою назвою із санскриту “*dhatura*” – колоти, що вказує на зубчасті листки рослини. Чистотіл великий (**Chelidonium majus**) – *chelidonium* з грец. “*chelidon*” – ластівка; “*majus*” – з лат. *majus*, *majus*-великий. Наступна класифікація назв позначає колір, наприклад: наперстянка пурпурова (**Digitalis purpurea**) видовий епітет “*purpurea*” походить від лат. *purpureus, a, um* – пурпурний, багряний. Блекота чорна (**Hyoscyamus niger**) прикметник “*niger*” походить з лат. *niger, gra, grum*-чорний, що вказує на колір. Арум п’ятнистий (**Arum maculatum**) латинський видовий епітет “*maculatum*” похідний від лат. іменника *macula, ae f* – п’ятно. Лобода біла (**Chenopodium album**), у терміні зустрічається епітет *album*, що означає з лат. *albus, a, um* – білий та вказує на колір. Деякі епітети вказують на запах, наприклад: пажитниця п’янка (**Lolium temulentum**) “*temulentum*”, походить від лат. *temulentus, a, um* і означає – п’яний, хмільний. Цикута/Віх отруйний (**Cicuta virosa**) – епітет “*virosa*”, що з лат. *virosus, a, um* – отруйний. Лютик їдкий (**Ranunculus acris**) – “*acris*” походить з лат. *acer, cris, cre* – гострий/різкий/їдкий та вказує на зап.

Висновок. Провівши аналіз ботанічних флорономенів виявилось, що назва рослин вказує на багато факторів, наприклад: морфологічні особливості, колір, запах, смак, ареал поширення.

А. О. Гончар

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА ЧАСІВ ПРАВЛІННЯ ГЕТЬМАНА П.
СКОРОПАЦЬКОГО.
(КВІТЕНЬ-ГРУДЕНЬ 1918 Р.)**

Кафедра філософії та суспільних наук

І. І. Ратушняк (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Українська революція 1917-1921 років як явище масштабне і багатомірне мала в розвитку етап репрезентований державою гетьмана Павла Скоропадського. Період – є реліктом, оскільки його важко внести до візії революційного поступу. Проте він мав динаміку відбудови та навіть створення нових суспільних структур. Однією з яких є перше українське міністерство охорони здоров'я.

Мета: висвітлити та з'ясувати діяльність першого міністерства охорони здоров'я України.

Матеріали та методи: проблемно-хронологічний. Джерела: науковий сайт «Historians», Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО) Ф. 1064 оп. 1., (журнали засідань Ради Міністрів). «Українська Держава (квітень-грудень). Документи і матеріали». У двох томах. Т. 1 / Упоряд. Р. Пиріг та ін. – К. 2015. Наукові праці та спогади: Д. Дорошко, Г. Демочко, Р. Пиріг.

Результат: Міністерство знаходилося на території колишньої станції медичної допомоги в м. Київ. Головою міністерства був Всеволод Любинський. Він був особистим лікарем родини. На території Центральної та Східної України медицина почала формуватися ще за часів

Російської імперії. Люблінський зробив повну реорганізацію медицини. Спочатку міністерство складалося з 4 департаментів: загальних справ, медичний, санітарний та опіки, мало 20 найманих робітників. В свою чергу департаменти поділялися на п'ять окремих відділів – медичної освіти, медичної науки, медичної експертизи, статистики, видавничий. Також мало власне інформаційне бюро – поєднання прес-секретаря з довідковою службою. Згодом міністерство стало розширюватись і до кінця правління Скоропадського налічувало 500 людей. В губерніях створювались губернські інспекції, їм підлягали міські лікарі та інший мед персонал. Санітарними нормами займався окремих інспектор у міністерстві, який займався санітарно-дозорними станціями. Це - аналоги теперішніх санепідемстанцій. Міністерство користувалось великою популярністю серед населення. Багато хто з медичних працівників були активістами земської медицини. Міністр Люблінський мав проукраїнську позицію, виступав за українізацію медичної науки. Створив при міністерстві Термінологічну комісію на чолі з військовим доктором медицини М. Галіним, з яким почали розробляти українську медичну термінологію..

Висновки: Міністерство здоров'я Української Держави 1918 р. було першою державною установою з питань медицини на території сучасної України. Склад урядовців міністерства був у більшості українським. За часи існування міністерства основні зусилля співробітників були зосереджені на боротьбу з епідеміями, налагодження роботи лікувальних установ, надання допомоги полоненим, інвалідам та біженцям, ліквідацію дефіциту медикаментів.

А.О. Гончар

КОНЦЕПЦІЯ НЕГАТИВНОЇ СВОБОДИ І. БЕРЛІНА

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к. філос. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: збереження особистої свободи в сучасному світі.

Мета: розкрити сутність поняття «негативної свободи» з твору Ісаї Берліна «Дві концепції свободи».

Матеріали та методи: І.Берлін «Дві концепції свободи», вікіпедія, О.Каблов «Негативна свобода Ісаї Берліна». Спостереження за суспільством.

Результат: Я твердо переконана, що кожна людина повинна мати власну відокремлену від суспільства думку. По-перше, якщо кожен індивід не буде хоча б частково залежити від думки оточуючих, то людина стає більш психічно здоровою та впевненою у собі особистістю. По-друге, мати особистий погляд на життєві явища, означає бути людиною. Тому що тільки людині, як учаснику біоценозу, властиве абстрактне мислення. З іншого боку, нам не відмовитися від реальності та суспільства, оскільки сучасна людина проживає в соціумі, де буде зустрічати різних людей та потрапляти в різні ситуації.

Висновки: отже, людина повинна намагатися зберегти свою унікальність, проте повинна розуміти, що завжди в деякій мірі буде залежити від думки інших.

І. Я. Грушецька, І. О. Танасійчук

ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Кафедра судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (доцент, к.е.н.), О.Ф. Адамчук (доцент, к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: сурогатне материнство відноситься до допоміжних репродуктивних технологій та являє собою процес імплантації, виношування і народження сурогатною матір'ю дитини, яка зачата за допомогою генетичного матеріалу замовника, донора чи самої сурогатної матері. Цей процес регулюється договором, укладеним між замовниками (майбутніми батьками) і виконавцем (сурогатною матір'ю) на платній чи безоплатній основі. Загалом сурогатне материнство набуває популярності через підвищення рівня безпліддя серед населення. Тому щоб належним чином забезпечити та встановити права і обов'язки виконавця, замовника та, особливо, дитини необхідне належне правове регулювання.

Мета: вивчення та аналіз уже наявних правових і наукових засад, які на даний момент регулюють відносини між замовником та виконавцем договору сурогатного материнства; розробка можливих варіантів удосконалення цих засад.

Матеріали та методи: аналіз нормативних актів України, що регулюють сурогатне материнство; наукових публікацій, які стосуються недосконалостей правового врегулювання даного процесу.

Результати: Після аналізу правового регулювання сурогатного материнства в Україні ми визначили, що в законодавстві конкретно вказано статус потенційних батьків і яке вони мають право на дитину; визначено статус сурогатної матері і зазначено, що вона не має права на народжену у програмі дитину; визначено порядок дій і необхідні документи. Слід підкреслити, що на відміну від інших країн в Україні проводиться передімплантаційна діагностика ембріона. І до цього всього, наявний достатній рівень медичної допомоги і сурогатній матері, і потенційним батькам. Проте наразі в "Законі України про допоміжні репродуктивні технології" в ст. 20 прописано, що послугою замінного материнства можуть скористатись лиш гетеросексуальні пари, які перебувають у шлюбі. На сьогоднішній день ці пункти є застарілими і потребують перегляду, адже з рухом країни в ЄС виникає потреба враховувати гомосексуальні пари, одиноких людей та пари, що перебувають у цивільному шлюбі. Також в законодавстві не прописано як такого захисту дитини, народженої в програмі сурогатного материнства.

Висновок: Отже, правові аспекти в регулюванні сурогатного материнства є недосконалими, зокрема відсутній захист народженої внаслідок даного процесу дитини. Тобто відсутнє правове регулювання того, що станеться з дитиною в разі відмови від неї замовників. Як вирішення даної проблеми, ми пропонуємо перед вступом в програму прописувати в договорі пункт, що передбачає відкриття банківського рахунку для дитини. Подальша доля цього рахунку буде залежати від рішення батьків щодо виховання дитини: 1) якщо за якихось причин замовники відмовляються відразу, то гроші залишаються дитині, 2) якщо договір завершився успішно, то гроші повертаються замовникам, 3) якщо від дитини відмовляються через певний час після успішного всиновлення, то замовники змушені знову ж таки відкрити рахунок для дитини, яким вона зможе скористатись з моменту повноліття.

В. О. Денисюк
ПРОБЛЕМА СУРЖИКУ В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ МОВІ
Кафедра українознавства
М. І. Лісовий (к.пед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінниця, Україна

Актуальність: Однією з особливостей сучасної української мови є наявність суржику – штучне додавання елементів інших мов без дотримання норм літературної мови. Цілком зрозумілим і природним є обмін словами між різними мовами, що з часом закріплюються у словниках і правописах. Проте невиправдане вживання іншомовних слів спотворює і засмічує

нашу мову. На жаль, суржик присутній не лише в побуті, а й у професійній мові, в тому числі й у медичній.

Мета: Висвітлити невиправдане використання іншомовних слів в українській медичній мові та можливі варіанти їх заміни.

Матеріали та методи: Огляд і аналіз джерел наукової літератури й інтернет-ресурсів, спостереження за мовленням фахівців медичної галузі, узагальнення та систематизація отриманих результатів.

Результати: Суржик є небезпечним явищем, оскільки загрожує змінити мову, знищити її красу й своєрідність. Його коріння сягають у глибину віків та пов'язані з так званим «зросійщенням» нашої мови, що призвело до використання росіянізмів і кальок – дослівного перекладу без лінгвістичного тлумачення. Важливим є вилучення кальок і поширення відповідних українських слів і висловів. Наприклад, «лікуючий лікар» доречно замінити «лікар-куратор» або «лікувальник», оскільки «лікуючий» суперечить українській граматиці (в українській мові не вживаються активні дієприкметники теперішнього часу). Замість «поставити діагноз» краще вживати «встановити діагноз», тому що «поставити» щось на щось, а «встановити» - це «розпізнавати за певними ознаками». Правильним є словосполучення «зсідання крові», а не «згортання крові». «Зсідатися» – це густнути з утворенням згустку, саме те, що відбувається при зупинці кровотечі. «Корінний зуб» доречно замінити на «кутній зуб». На підтвердження цього можна навести фразеологізм «сміятися на кутні» (плакати). Має вживатися «гіпертензивна криза», а не «гіпертонічний криз», оскільки українською «криза» жіночого роду і «гіпертонус» – це підвищений тонус м'язів, а «гіпертензія» – це підвищення артеріального тиску. Інші приклади пар росіянізм – український термін: «безпліддя» - «неплідність», «боковий» - «бічний», «односторонній» - «однобічний», «грижа» - «кила», «гнійник» - «гнояк», «спайки» - «зрощення», «передвісник» - «провісник», «підйом (температури)» - «підвищення», «тупий (звук)» – «глухий», «вогнище хвороби» - «осередок хвороби», «купірувати» - «припиняти, тамувати», «коліка» - «колька», «стілець» - «випорожнення». Також спостерігається невиправдана «англізація» фахової мови: «комплаєнс» - «прихильність», «гайд-лайн» - «настанова», «візинг» - «свистячі хрипи» та інш. Усе це не покращує не тільки професійну мову, а й українську мову взагалі, оскільки втрачається її неповторність.

Висновки: Правильна фахова мова лікаря свідчить про його кваліфікацію, освіченість, рівень загальної культури особистості. Саме тому необхідно вдосконалювати писемне й усне мовлення: стежити за власним висловленням, практикуватися під час публічних виступів, читати наукову та спеціальну літературу. Все це дасть змогу дотримуватися Закону України «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

С.В. Жидок, С.Р. Партика

Правова природа телемедицини

Кафедра судової медицини та права

О.Ф. Адамчук (к.ю.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Телемедицина, дистанційна медицина – це використання комп'ютерних і телекомунікаційних технологій для обміну медичною інформацією та надання медичної допомоги пацієнтам, використовуючи засоби дистанційного зв'язку. Також дистанційна медицина включає в себе цифрову освіту лікарів і пацієнтів та надає медичні інформаційні послуги. В сучасному світі інтернет-технологій суворо стоїть питання щодо конфіденційності та захисту інформації, яка передається за допомогою засобів дистанційного зв'язку. В Україні

затвердженні нормативно-правові акти, які чітко дають роз'яснення про діяльність телемедицини в цілому.

Мета: Переглянути та дослідити законодавче регулювання телемедицини в Україні.

Матеріали і методи: Опрацювання та аналіз нормативно-правових документів.

Результати: Згідно з наказом МОЗ № 681 від 19.10.2015 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» основною метою телемедицини є покращення здоров'я населення шляхом створення однакового доступу медичних послуг, незалежно від статусу пацієнта і відстані до найближчого пункту медичної допомоги. Особливо важливо це розглядати в контексті сільської місцевості. За ст. 35-6 Основ, медична допомога надається з використанням основних методів телемедицини, до яких входить телемедичне консультування, домашнє телеконсультування, телемедичний консилиум. Для якісного проведення медичної практики будь-яким методом телемедицини усі лікарі об'єднані в одну систему і для взаємодії між собою використовують спеціальну телемедичну інтернет-платформу, яка в наказі МОЗ №681 затверджена як Портал телемедицини. Даним наказом також описується порядок проведення телемедичного консультування і визначаються відповідні форми первинної медичної документації: Форма № 001/тм «Запит на телемедичне консультування»; Форма №002/тм «Висновок консультанта»; Форма №003/тм «Журнал обліку телемедичних консультацій». Використовувати Портал телемедицини мають право юридичні особи незалежно від форми власності та фізичні особи – підприємці за наявності ліцензії на медичну практику.

Висновки: Отже, телемедицина є досить перспективним методом в лікарській практиці, яка в світі вже давно введена в щоденну роботу лікаря. На жаль, в Україні телемедицина лише на початку свого розвитку і тому на сьогодні недостатньо нормативно-правових документів, які в повному обсязі врегулювали телемедицину.

Д.О. Жупанова

PROFESSIONAL STRESS AND THE DEVELOPMENT OF STRESS RESISTANCE OF MANAGERS IN MODERN CONDITIONS

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О. Яковлева (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Національний університет біоресурсів та природокористування України

м. Київ, Україна

Relevance: After 2020, stress has been highly concerning the life of any person. In Ukraine, the war and related loss of material assets, jobs, emigration, internal migration, and uncertainty about the future also have a negative impact on the mental health of an individual. In the profession of managers, these stressogenic factors were added to a sedentary lifestyle or life in constant relocations, sleep disturbances, and being under nervous tension. The search for ways to increase the stress resistance of managers, as one of the main indicators of a person's mental health and work capacity, is becoming relevant.

Purpose: to analyze the concept of professional stress and provide recommendations for the development of stress resistance of managers.

Materials and methods: Analysis of international scientific sources, generalization and comparison of theoretical and experimental data on the problems of increasing stress resistance.

Results: Professional stress is a tense state of a worker, which occurs under the action of various emotionally negative and extreme factors related to his performance of professional activities. Stress resistance is one of the main indicators of a person's mental health and an important indicator of the normal functional state of the body as a whole. It protects the individual from disintegration, provides

an opportunity to realize physical and spiritual potentials, and promotes a high level of work capacity [Тептюк Ю.О., 2021]. How long a specialist can stay in uncomfortable conditions without harm to physical and mental health depends on stress resistance [Мешко Г., Мешко О., 2023]. The analysis of the professional and psychographic profile of managers proves that they are a professional group exposed to many psychosocial threats in the workplace. At the same time, managers are responsible for improving organizational performance and must act as leaders for their subordinates. This is a life in conditions of lack of time, continuous responsibility and a high level of stress. The constant impact of stress causes: a decrease in the level of personal motivation, fatigue, making bad decisions, making mistakes, loss of self-confidence, weakening of leadership skills [Бардин Н. М. та ін., 2023]. A number of recommendations contribute to increasing stress resistance: clear awareness of the goal; balanced schedule; hobby; self-confidence; meditation; healthy sleep; concentration on the positive; sense of humor; sport; the ability to say "no".

Conclusions: A modern manager needs skills and abilities that enable him to withstand stress. In order to face the challenges of modern society, the complicated conditions of life and professional activity, managers need a high level of stress resistance. A number of practical recommendations will contribute to its increase, for example, for clinical pharmacology.

О.О. Завальнюк

ТЕРМІНИ ЛАТИНСЬКОГО ТА ГРЕЦЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ В АНГЛІЙСЬКІЙ АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.С. Войцехівська (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасному світі англійська мова стала *lingua franca* – мовою міжетнічного спілкування. Медична анатомічна англійська термінологія тісно пов'язана з латинською та грецькою мовами, бере свій початок ще з них.

Мета: Дослідити вплив латинської мови на термінотворення в англійській мові, розглянути тенденцію розвитку сучасної англійської термінології.

Матеріали та методи: Англійські медичні статті, анатомічні англомовні атласи, підручники англійської мови для медичних студентів.

Результати: Сучасна англійська анатомічна термінологія базується на словах, запозичених з латинської та грецької мов. Це спостерігається при вивченні англомовних книг з анатомії, прослуховуванні медичних лекцій, перегляді онлайн-ресурсів, сайтів, фільмів, англо-латинських анатомічних атласів.

Виявляється, що активне запозичення слів з латинської та грецької мов розпочалось ще за півтори тисячі років до н.е. Брак термінів, які б дали змогу описати ті чи інші анатомічні структури, зумовив запозичення багатьох слів. Саме тому латинські та грецькі слова, інтегрувались в англійську мову в кількох варіантах: 1)ті, що зберегли початкову грецьку форму; 2)латинізовані грецькі терміни; 3)терміни у початковій латинській формі; 4)ті, що у процесі модифікації втратили власні закінчення.

Яскравим прикладом, де зустрічаються інтегровані латинські та грецькі терміни в англійську мову, є підручник «English for medical students» Л.Я. Аврахова. Так, наприклад, у темі «Skeletal system» збігаються англійські та латинські назви кісток – *frontal, parietal, lacrimal bones, scapula, clavicle, fibula* і т.п. Часто в англійських текстах спостерігається використання слів на позначення розмірів, розташування частин тіла – *major i minor, lateral, medial, appendicular* і т.д. Ідентичними або дещо модифікованими є відтворення назв органів, систем органів,

окремих анатомічних структур у англійській термінології – aorta, ventricle (ventriculus), muscle (musculus), abdomen і т.д.

При аналізі атласів з англо-латинською термінологією спостерігається ідентичне написання термінів 2 мовами, що є прикладом того, як активно інтегрувались слова з латинської та грецької мов впродовж довгого часу.

За останні 2 століття було помічено нову тенденцію розвитку англійської медичної термінології. Якщо в минулому англійська мова була змушена запозичити більшість грецьких та латинських слів, то зараз спостерігається створення багатьох власне англійських термінів. Прикладами є подвійні анатомічні назви – kidney, liver, collar-bone, breast-bone, shoulder-blade замість ren, hepar, clavicle, sternum, scapula.

Висновки: За статистичними даними, близько 80% сучасної медичної літератури написано саме англійською мовою. Важко переоцінити вплив латинської мови на англійську, а саме на повноту її термінології. Проте останніми роками тенденція розвитку вказує на те, що почалась активна заміна латинських термінів власне англійськими, перевага яким надається не лише у розмові з пацієнтом, а й на наукових конференціях, в медичних статтях.

А.В.Ільницька, І.О.Цвид

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ

Кафедра судової медицини та права

Р.Г.Жарлінська (к.е.н.,доц.), О.Ф.Адамчук (к.ю.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Медичний туризм в Україні є одним із важливих напрямів туризму, оскільки він є додатковим джерелом доходів у національній економіці, це підтверджує ст. 6 Закону України «Про туризм» від 15.09.1995 № 324/95-ВР, якою передбачено, що держава проголошує туризм одним з пріоритетних напрямів розвитку економіки та культури і створює умови для туристичної діяльності.

Мета: Розкриття сучасного стану, організаційно-правових аспектів функціонування медичного туризму як перспективного напрямку діяльності туристичних підприємств в Україні.

Матеріали та методи: У ході дослідження використано методи логічного, системного аналізу, теоретичний аналіз джерел інформації. Нормативно-правову базу дослідження складають: закони, постанови та нормативні акти, і інші матеріали, пов'язані з формуванням і реалізацією сталого розвитку туристичної галузі в Україні.

Результати: Медичний туризм виникає в тому випадку, коли люди обирають подорожувати через кордон з метою отримання певної медичної послуги. Зазвичай це стоматологічний догляд, пластична хірургія і лікування безпліддя. Медичний туризм є відносно молодим видом діяльності, який швидко розвивається і набирає великих обертів серед туристичної індустрії по всьому світу. Законодавство України таке тлумачення, як «медичний туризм» не вживає. Натомість згідно зі ст.4 Закону України «Про туризм» від 15.09.1995 цей термін набуває поняття як лікувально-оздоровчий туризм. Медичний туризм наповнює державу бюджетом і непоганою впливає на імідж країни, і є вагомим фактором розвитком охорони здоров'я. Тому за прогнозом Global Healthcare Travel Council, Україна є перспективною для розвитку медичного туризму, оскільки має певні переваги, які можуть забезпечити в майбутньому подальший розвиток цього напрямку туристичної індустрії. Це надання якісних медичних послуг, що також пов'язується з відносно мінімальними затратами на лікування; невеликі черги на лікування; значна кількість природних рекреаційних джерел; вдале географічне положення країни з високою чисельністю транспортних сполучень і для більшості країн безвізовий режим. Натомість сповільнення розвитку медичного туризму в країні характеризується внаслідок низького рівня сервісних послуг і старої інфраструктури. Окрім

Закону України «Про туризм», діяльність у сфері медичного туризму регулюється й іншими законами: «Про зовнішньоекономічну діяльність», «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», наказом Міністерства інфраструктури України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження туроператорської діяльності» та іншими нормативно-правовими актами.

Висновок: На сьогоднішній день важливим є прийняття Закону України «Про медичний туризм». Це дозволить надати самостійне правове регулювання між суб'єктами господарювання та споживачами, розкриє та вирішить всі питання туризму, які ускладнюють розвиток господарської діяльності в Україні, та набуде більшої перспективи для України в європейському туризмі.

Ю. О. Кищук

ЛАТИНСЬКА МОВА ТА ОСНОВИ НАУКОВОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

І.О. Дубова (кандидат філологічних наук, викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність цієї роботи обумовлена важливістю вивчення етимології латинських термінів у сучасному суспільстві.

Мета: дослідити походження латинської мови та її вплив на різні сфери науки.

Матеріали: етимологічні словники, інтернет джерела.

Методи: словотвірний аналіз, порівняльний та описовий метод.

Результати. Латинська мова належить до групи італійських мов. Свою назву вона отримала від племені латинян, яке населяло невелику область Лацій (Latium), що знаходиться на заході середньої частини Апеннінського півострова.

З мови, якою говорило маленьке плем'я, латинська мова поширилась на величезні території. І зараз є основою міжнародної наукової термінології.

Латина вплинула на багато наукових сфер. Зокрема, велике значення вона має в медицині. Медична латинська термінологія набула значного поширення ще від Феофраста та Гіппократа. На даний час, її активно використовують науковці та лікарі у більшості розвинених країн нашого світу.

Також вагоме значення латинська мова має для істориків. Адже історія, як наука, бере свій початок саме в античності. І твори видатних істориків Римської імперії, таких як Тіт Лівій, Крісп, Саллюстій, є безмежним джерелом інформації про стародавній світ та раннє середньовіччя.

Латина і філософія та логіка. Багато видатних мислителів середньовіччя у своїх творах використовували латинь. Відомий український філософ Г. Сковорода також активно користувався цією мовою у своїх працях. Термінологія логіки також має латино-грецьку основу.

Наступна сфера вживання латини це право. Правознавцям потрібно добре знати латинську мову, адже вона є інструментом для вивчення римського права. Всім добре відомо, що саме римські юристи в античності сформуvalи норми та принципи, які на даний момент стали основою правового мислення.

Не можна обійти стороною використання латинської мови у філології. Вчителі, викладачі науковці, що працюють в галузі українського мовознавства, повинні знати латинську мову для того, щоб потім вміти пояснити походження і значення слів та наукових термінів, що активно вживаються в мові.

Латинська мова дала початок багатьом романським і германським мовам. Вона була основним джерелом поповнення німецької і англійської лексики.

Висновки: Латинська мова взяла свій початок від племені латинян, яке населяло невелику область Лацій. Але згодом латинська мова поширилась і стала вживатись у багатьох галузях

науки. Нею активно послуговувались багато видатних дослідників, істориків, філософів та філологів у різні періоди історії людства.

А.О. Ковальова

ЕТИМОЛОГІЯ ЛАТИНСЬКИХ НАЗВ РОДІВ ВІРУСІВ ЛЮДИНИ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

О.В. Литовська (к. філол. н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: У науковій систематизації вірусів назви вірусів та їхніх родів мають латинське або грецьке походження. Однак цей сегмент термінології мало досліджений в плані етимології.

Мета: аналіз латинських назв родів вірусів людини.

Матеріали та методи: відбір з класифікацій вірусів 28 назв найпоширеніших родів вірусів людини, аналіз структури та етимології термінів.

Результати: На підставі аналізу термінів, ми виокремили такі можливі класифікації: 1) за мовою назви; 2) за мотивацією назви; 3) за структурою терміна.

1. Латинське походження: Papillomaviridae (лат. papilla – сосок), Parvoviridae (лат. parvus – малий), Herpadnaviridae, Retroviridae, Coronaviridae, Astroviridae, Flaviviridae, Picornaviridae, Togaviridae, Filoviridae, Arenaviridae.

Грецьке походження: Herpesviridae, Adenoviridae, Polyomaviridae (грецьк. poly- багато, -oma – пухлина), Genomoviridae, Caliciviridae, Paramyxoviridae, Pneumoviridae, Rhabdoviridae, Orthomyxoviridae.

Сучасні мови: Poxviridae (англ. pox – віспа), Anelloviridae (італ. anello – кільце), Reoviridae (англ. respiratory enteric orphan viruses).

2. Особливість хвороби. Herpesviridae від грецьк. лишай з herpo (повзти). Adenoviridae від грецького adēn «залоза», вперше виділені з аденоїдів. Herpadnaviridae від лат. hepar-печінка, хвороба – гепатит. Flaviviridae від лат. flavus – жовтий; спричинюють жовту лихоманку. Paramyxoviridae від грецьк. myx – слиз і raga – біля, що вказує на клінічний прояв.

Особливості відтворення інформації: Retroviridae від лат. retro – що вказує на зворотне переписування генетичної інформації.

Структура вірусів. Astroviridae від лат. astra – зірка; зіркоподібна форма. Caliciviridae від грецьк. calyx – чаша чи кубок; чашоподібні деформації. Маленькі РНК-вмісні віруси – Picornaviridae від pico–дуже мала одиниця вимірювання, ma – РНК. Togaviridae від лат. toga – плащ, що вказує на будову. Filoviridae від лат. filum – нитка; ниткоподібна форма. Rhabdoviridae від давньогрец. rhabdos – стрижень (морфологія віріона). Arenaviridae від лат. arenosus – піщаний (дрібні чатинки у віріоні). Orthomyxoviridae з грецьк. orthos – прямий та myx- (структура віріону).

Епонім: Matonaviridae на честь Джорджа де Матона.

Топонім: Hantaviridae (річка Хантханган), Nairoviridae (хвороба овець Найробі), Pegibunyaviridae (Буньямвера в Уганді).

3. Переважна більшість утворені шляхом складання коренів. Абревіація. Reoviridae,

Picornaviridae. Поєднання основ. Phenuiviridae із перших назв роду Phlebovirus + Tenuivirus.

Висновки: При утворенні назв родин вірусів домінують давньогрецька (9) та латинська мови (11). За структурою терміни складаються з 2 коренів (обов'язковий компонент родів -viridae), є абревіації (Reoviridae, Picornaviridae), а також поєднання основ (Phenuiviridae). Мотивація назв може вказати дослідникам на морфологію вірусів; особливість їх життєдіяльності;

хворобу; історію медицини. Саме аспект мотивації термінів є найбільш цікавим для аналізу і є актуальним при вивченні вірусів та вірусних хвороб.

А. Б. Колодійчук
ДІВИЧ-ВЕЧІР В УКРАЇНСЬКИХ ВЕСІЛЬНИХ ТРАДИЦІЯХ
Кафедра філософії та суспільних наук
Т.Ю. Шкільнікова (к. іст. н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
М. Вінниця, Україна

Актуальність теми: весільна обрядовість є традиційною системою звичаїв, що супроводжує утворення нової сім'ї. Невід'ємною частиною весільного циклу і донині залишається обряд прощання із незаміжнім, незайманим дівочим життям. Особливо вирізняється з-посеред усіх інших – традиція проведення дівич-вечору.

Мета: ознайомлення з національними обрядовими весільними традиціями.

Матеріали та методи: у роботі використовувався історичний та історико-типологічний методи досліджень.

Результати: Обряди – це характерна риса українського народу. Дівич-вечір в українських весільних традиціях розпочинався у суботу ввечері, коли подружки нареченої вили для неї весільне «гільце». Невелике деревце, або гілку прикрашали бутонами квітів та букетиками колосків, заготовлених під час барвінкових святкувань, обплітали тістом і оздоблювали калиною та різнокольоровими стрічками. Повністю готове гільце втикали у хліб і декорували руютою, калиною, яблуками, позолоченими горішками, свічками тощо. Гільце для українців символізує молодість, красу і самостійність. Це дійство супроводжувалось танцями, піснями та смачною вечерею. Як символ наречених, поряд із завиттям деревця, виготовляли вінки, або маленьку квітку на голови для молодих. Барвінкові листки для віночка складали по три: найвищий - посередині, а два менших розміщували по - бокам. Ці «букетики» зав'язували ниткою, туго накладаючи один на одну. Коли віночок сягав потрібної довжини, його кінці зшивали разом (повинен був вийти обруч). Віночок для молодої прикрашали різнокольоровими стрічками та квітками. По закінченню дівич-вечору, молода відламувала і ділилась зі своїми подругами гілочками від весільного вінка. Також, на даних вечірках здійснювались обряди розплітання коси нареченої, посад, обмін подарунками між нареченими, одягання вінка і т.д. Посад був не лише благословенням сина і дочки на подружнє життя, але й прощанням з дівуванням і парубоцтвом. Одягання ж весільного вінка супроводжувалося ритуалами. Біле полотно розстеляли на підлозі, на нього ставили хлібну діжу, а наверх клали подушку. Молода сідала на неї, після чого брат нареченої традиційно розплітав їй косу (в окремих випадках – старша дружка, або мати). Під час даного дійства з голови молодої знімали її прикраси, стрічки та віддавали молодшій сестрі, якщо ж ні, то у такому випадку прикраси кидали у воду. Дівчата прикрашали голову нареченої вінком. Старша дружка прикріплювала нареченому вінок до капелюха, садила біля молодої на кожуха і посипала житом або ж покривала їх рушником. Після цього наречених називали традиційно князем та княгинею. Разом вони збирали весільний поїзд та йшли запрошувати рідню і сусідів на весілля.

Висновки: Дівич-вечір в українських весільних традиціях досить цікава тема для молодих незаміжніх дівчат. Кожна нація та народ має свої звичаї, що виробилися впродовж багатьох віків. Наш обов'язок полягає у тому, щоб знати і дотримуватись обрядів рідного народу, які передаються з покоління в покоління і зберігають етнічну особливість українського краю.

І. А. Круглова
ФІЛОСОФІЯ ЛЮБОВІ ДО СВОЄЇ КРАЇНИ: МИНУЛЕ VS СЬОГОДЕННЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к. філос. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: ознайомлення з поняттями "кохання" і "любов", їх відмінність. Відношення патріотизму до філософії любові та буття людини. Природа цього почуття.

Мета: розкрити суть "патріотизму". Дослідити феномен на прикладі боротьби України за незалежність.

Матеріали та методи: аналіз історичних джерел, творів письменників, інтерв'ю учасників АТО та ООС, захисників Азовсталі.

Результати: Що таке "кохання", і що "любов"? Сучасні джерела кажуть, перше відрізняється від другого до кого/чого це адресовано. Ми кажемо кожен день як любимо каву, але насправді розуміння "любов" різностороннє. Скажімо, воно штовхає віддати життя за волю, націю та країну.

Відношення "патріотизму" до любові та буття.

Сучасники пишуть, патріотизм - це "принцип, який розкриває ставлення до своєї країни та проявляється у певному способі дій і складному комплексі почуттів, що називають любов'ю до Батьківщини". Його відносять до громадсько-історичного буття. До чого тут філософія любові? Досліджуючи це питання, я не можу зрозуміти чим любов до своєї країни відрізняється від любові до 1 людини. Патріоти жалують не тільки їх народ, а й підносять це все до рівня Батьківщини. Вони кличуть її ненькою, прославляють і цілують свою землю. Чи не це справжня любов, як ти віддаси все для країни?

Природа цього почуття.

Достеменно невідомо чи це є у ДНК, або передається з молоком матері, але однозначно почуття патріотизму закладається ще з дитинства, а набирає сили, коли людина починає розвиватися як особистість. Історії багатьох патріотів починалися з малого - розповідь бабусі під вечір, де все йде до одного - свого коріння. А вже далі починається незворотнє, з плином часу, зі спробами розуміння своєї культури, історії, мови та під впливом близького оточення, почуття набирає сили.

Як розповідав один з бійців ЗСУ, який з 2014 року знаходиться на фронті, "почалося після розповіді бабусі про степ біля її двору, про те, як співали пташенята. Мені було 5 років, коли вперше почув справжню українську пісню від неї. В 13 років почав детально цікавитися історією, а коли у ту зиму побили студентів, зрозумів - все, що в мене є - країна, де будуть жити мої діти, тому тобі і перший, і останній подих мій, Батьківщино."

Що саме штовхає їх зайти настільки далеко?

Ці історії - не поодинокі. Навіщо талановиті поети, як В. Стус або В.Симоненко, не замовкли, а продовжували оспівувати свою любов до неньки? Прикладів багато, але спільне одне - феномен патріотизму стосується не тільки перетворень у державі, а й в людині. Саме ці метаморфози душі потім й штовхають на героїчні вчинки.

Висновки: Почуття "любові до своєї країни" виникає змалечку і стає сильнішим з розвитком особистості, тим самим направляючи думки і дії. Ось чому це є справжнім дивом. Воно підштовхує ставати краще, пізнавати нове, але й не забувати старе, дає сенс для існування і руху. Заради цього не одне покоління українського народу віддало й буде віддавати все, що в них є і було.

Н. О. Куряча
ФАНДРЕЙЗИНГ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ
Кафедра філософії та суспільних наук
І. А. Марчук (доцент, к. пед. н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Громадські лікарні в переважній більшості залежать від державного фінансування, яке надходить в недостатньому обсязі. Через брак коштів знижується якість безоплатного медичного обслуговування. Щоб ліквідувати проблему, варто залучити альтернативні джерела фінансування, які сьогодні недостатньо розвинені на базі українських лікарень.

Мета: дослідити найбільш ефективні методи фандрейзингу в закладах охорони здоров'я, знайти альтернативні методи фінансування лікарень на базі досвіду іноземних колег.

Матеріали та методи: : В дослідженні даної теми виконано аналіз іноземних джерел, наукових журналів.

Результати: Я взяла за основу фінансування неприбуткової організації- "Mayo Clinic", яка за результатами щорічного рейтингу журналу "U.S. News" посіла перше місце серед лікарень США, можна виділити меценатів, благодійників, як основний альтернативний ресурс фінансування. Наприклад, у 2017 році "Mayo Clinic" збрала 3,76 мільярдів доларів для проекту "YOU ARE ... The Campaign for Mayo Clinic". Кампанія була зосереджена на «зміцненні та просуванні стратегічних пріоритетів "Mayo Clinic" у догляді за пацієнтами, дослідженнях та освіті». «Традиційні джерела фінансування, такі як федеральні гранти, не можуть покрити витрати на відкриття передової науки та впровадження цих рішень у клінічну практику»- говорить Джон Нозуорті, доктор медичних наук, президент і генеральний директор клініки "Mayo Clinic". Отже, зібрані фінанси дозволять вченим застосовувати здорові тканини для регенерації та лікування хворих органів, допоможуть покращити діагностику, лікування захворювань, поліпшити якість медичної допомоги. Будь-яка лікарня на прикладі "Mayo Clinic", може створити подібну кампанію, за таким алгоритмом: 1) вибрати донорів коштів, які не тільки платоспроможні, а й підтримують цінності лікарні; 2) сформувати конкретну ціль збору коштів та пояснити користь, яку принесе ця компанія; 3) організувати подію, на якій відбудеться збір коштів та потенційні донори можуть більше дізнатися про компанію; 4) висловити публічно вдячність меценатам, що сприятиме майбутнім пожертвуванням; 5) забезпечити прозору систему підзвітності (на що були витрачені фінанси?).

Висновки: Щоб підвищити якість медичного обслуговування у громадських закладах охорони здоров'я необхідно залучати кошти із альтернативних джерел. Ефективними додатковими фінансовими ресурсами є пожертвування від меценатів.

В.С. Кушта
МАРКЕТИНГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ
Кафедра філософії та суспільних наук
І.А.Марчук (доцент, кандидат педагогічних наук)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Останніми роками сфера медичних послуг внаслідок реформи охорони здоров'я зазнає змін та активно впроваджуються маркетингові стратегії, оскільки охорона здоров'я населення – це одне з основних завдань держави. Система охорони здоров'я вимагає від кожного практичного лікаря знань для об'єктивної оцінки власної діяльності, медичного закладу, розробки й обґрунтування перспективності планів його розвитку, прийняття

оптимальних рішень, у тому числі управлінських. І особливого значення набуває маркетинг в умовах війни та воєнного стану.

Мета. Дослідити маркетинг системи охорони здоров'я України під час воєнного стану.

Матеріали та методи. огляд літературних джерел, інтернет видань та опитування лікарів і пацієнтів за допомогою методів порівняння, аналізу й узагальнення.

Результати. *American Medical Association* дає визначення маркетингу в системі охорони здоров'я, як комплекс планування, економічного обґрунтування і управління надання послуг охорони здоров'я, ціновою політикою у сфері лікувально-профілактичного процесу, просуванням послуг (товарів медичного призначення) до споживачів та їх реалізації. У сфері медицини існує два суб'єкти маркетингової діяльності: той, хто потребує медичної допомоги – пацієнт, той, хто надає послугу – лікар.

Маркетинг системи охорони здоров'я має кілька напрямів: маркетинг медичних послуг, маркетинг фармацевтичних препаратів, маркетинг медичної техніки, маркетинг медичних технологій, маркетинг медичних наукових ідей. У свою чергу, діяльність закладів охорони здоров'я, яка спрямована на задоволення потреб населення у галузі медицини є предметом маркетингу медичних послуг. І особливе значення має національна служба здоров'я населення (НСЗУ), яка виділяє кошти за надані послуги закладам.

Станом на кінець січня 2023 року окупанти пошкодили 1206 медзакладів, з яких 1035 об'єктів медичної інфраструктури пошкоджено та ще 171 об'єкт зруйновано вщент, без можливості подальшого відновлення. Російськими загарбниками знищено, пошкоджено та викрадено понад 560 автомобілів швидкої допомоги, а також пошкодили 593 аптеки. З окупованої території України вивезли велику кількість медичного обладнання. Військові події призвели до значної кількості внутрішньо переселених осіб та поранених, які потребують медичного обслуговування на мирних територіях. Медичні заклади цих територій не були розраховані для надання послуг такої кількості осіб. Крім того, спостерігається відтік наукових та медичних кадрів за кордон. Таким чином, військові події впливають на усі напрями маркетингу охорони здоров'я.

Висновки: Маркетинг системи охорони здоров'я під час воєнного стану відрізняється від маркетингу мирного часу вище зазначеними чинниками та потребує оперативного вирішення, а не планового у сфері забезпечення кадрового потенціалу, матеріально-технічного та фінансового забезпечення.

М. Лега

МОЛОДЬ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА

Кафедра філософії та суспільних наук

Н. О. Зінченко (к.філос.н., доцент)

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність: соціокультурні трансформації спровокували істотні онтологічні зміни.

Мета: здійснено комплексний історико-філософський аналіз понять «інформаційне суспільство», інформація, молодь.

Матеріали і методи: використано як загальнотеоретичні методологічні принципи так і методи компаративного аналізу і синергетики. За основу було використано праці французького філософа Ж. Бодрійяра про інформаційне суспільство та інформацію, доповідь Олексія Голубицького «Розбудова інформаційного суспільства: ресурси та технології» та дослідження даної тематики українських філософів В. Ярошовця, С. Куцепал, Н. Зінченко, Н. Адаменко та ін.

Результати: в історико-філософській рефлексії доводиться, що глобалізаційні процеси сьогодення потребують активного переосмислення онтологічних та гносеологічних питань, а ХХІ століття шаленими темпами здійснює кардинальні зміни не лише в економіці, а й у

духовному житті країни; доведено, що інформація постає основним ресурсом, а знання – є фактором, який стимулює розвиток суспільства; удосконалено дефініції понять «інформаційне суспільство», «інформація», «молодь»; здійснено цілісний аналіз поєднання глобалізаційних процесів і місце молоді в ньому; визначено фактори успішного розвитку країни, це не лише економіка, а й медицина та якісна освіта.

Висновки: репрезентовано теоретичні підсумки проведеної роботи, які чітко відображають мету роботи:

- Практика демонструє, що саме творчі, креативні здібності молоді постають головним ресурсом інформаційного суспільства. Провідне місце займає людина з новаторським духом, яка постійно перебуває в процесі самовдосконалення.
- Демократичні процеси сучасної України чітко визначають гуманістичну складову інформаційного суспільства. Вона передбачає загально визнані цінності: пріоритетність прав і свобод громадян, соціальну активність, милосердя.
- Зазначені фактори інформаційного суспільства передбачають активну увагу до гносеологічного процесу та формування інформаційних ресурсів, які забезпечують розвиток основних сфер життєдіяльності. Хотілося б навести приклад, позитивного досвіду в утвердженні основних принципів інформаційного суспільства та його впливу на молодь, саме така взаємна робота, на мою думку, є запорукою успішного розвитку цивілізованої країни. Так, в Європейському Союзі створено освітянську інформаційну мережу «Форум» у 1995 році з проблем становлення інформаційного суспільства, в Британії - проект «Супермагістралі в освіті – Шлях уперед», у Німеччині – «Школи в мережі», в Україні – фонд «Інформаційне Суспільство України».
- Гарантією дієвості впровадження та ефективної роботи інформаційних технологій є розуміння кожним громадянином того, чому і як саме урядові портали і муніципальні сайти, дистанційна освіта, власний сайт і створення віртуальної фірми здатні покращити його власне життя і життя його дітей.

Є.С. Лесько

ЕКЗИСТЕНЦІАЛІЗМ ЯК ФІЛОСОФСЬКИЙ НАПРЯМ: ОСНОВНІ ІДЕЇ ТА ЙОГО АКТУАЛЬНІСТЬ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Екзистенціалізм допомагає людям зрозуміти, які питання є найважливішими у їхньому житті та допомагає знайти сенс і цінність у своєму існуванні.

Мета: Дізнатись суть цього напрямку, його історію, основні риси та актуальність.

Матеріали та методи: Інтернет ресурси та навчальний посібник з філософії.

Результати: Екзистенціалізм - це філософський напрямок, що акцентує увагу на індивідуальному існуванні людини та її пошуках сенсу життя в умовах відсутності визначених загальнолюдських цінностей і цілей. Екзистенціалісти вважають, що людина народжується у світі, що вже існує, і що вона не має заздалегідь визначених цілей або значень. З цього приводу, індивід повинен самостійно створювати свій власний сенс життя, вирішувати свої власні проблеми та знаходити відповіді на питання, що стосуються її буття.

Напрямок виник у Європі ХІХ-ХХ як реакція на кризу традиційної моралі та філософії. До нього звертались такі діячі як Жан-Поль Сартр, Карл Ясперс та Альбер Камю, Габріель-Оноре Марсель, Мартін Гайдеггер.

Основна ідея екзистенціалізму є постулат: екзистенція (існування) передує есенції (сутності).

Основні риси екзистенціалізму включають:

- Буття існування - людина повинна сама вирішувати, як жити своє життя і як бути собою.

- Абсурдність існування - життя людини не має ніякого внутрішнього значення або мети, і що людина відчуває величезний розлад, коли намагається знайти таке значення або ціль.
- Відповідальність - людина повинна бути відповідальною за свої вчинки і рішення, оскільки вона відповідає за своє життя.
- Свобода - людина має свободу вибору і повинна використовувати вільний вибір для створення свого власного життя.
- Сенс - смисл життя людини полягає в тому, що вона сама надає своєму життю значення.
- Смерть - є невід'ємною частиною життя і що людина повинна прийняти свою смерть як необхідну умову свого існування.

Екзистенціалізм розглядає людину як істоту, що має свободу вибору та відповідальність за свої дії, що дозволяє йому змінювати своє життя та світогляд.

Також цей напрямок актуальний у наш час через те, що він допомагає людям зрозуміти, як важливо зберігати індивідуальність в світі, де часто домінує масовість та стереотипність. Екзистенціалізм наголошує на тому, що кожна людина унікальна та має свої власні цінності та переконання. Він дає можливість людині стати більш свідомою своєї відповідальності за свої дії, а також допомагає зрозуміти важливість свободи вибору.

Висновки: Отже, екзистенціалізм є досить важливим напрямком у філософії тому, що пояснює існування людини як унікальний досвід та показує, що вибір полягає за волею індивіда. Також він є важливим інструментом для розуміння сучасних проблем і життєвих питань, а ще для знаходження власного місця в світі.

В.В. Лопаткін

ЛАТИНСЬКІ ОПИСОВІ НАЗВИ ПОБУТОВОЇ ЛЕКСИКИ В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

В.Р. Ратова (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: анатомічна термінологія складається переважно з латинських термінів, тому для ефективного запам'ятовування і грамотного вживання анатомічних номенклатурних найменувань, студенти-медики повинні розумітись в етимології (aetimologia від грецьк. *etymon* – істинне значення і *logos* – слово, вчення) та використанні таких термінів.

Мета: аналіз етимологічних особливостей анатомічних термінів, які утворились від описових назв, взятих із побутової лексики. Це сприяє кращому їх запам'ятовуванню і використанню у практичній діяльності.

Матеріали: медичні словники, фахові посібники, наукові статті.

Методи: систематизація, зіставлення, опис, узагальнення.

Результати: анатомічна термінологія є основою медичної термінології, вона формувалась протягом тисячоліть і базовою для цього була саме латинська мова. Тому, сьогодні у різних країнах світу використовуються однакові латинські назви кожної анатомічної структури. Серед них існує багато таких, які отримали назву від назв побутових предметів через свою функціональну або зовнішню подібність, тобто описові назви. Наприклад, латинський термін «*infundibulum, i n*» має значення «лійка». В побуті лійка – це посудина конічної форми з трубкою, якою користуються для переливання рідини в посуд з вузькою шийкою або для фільтрування. В анатомії таку назву мають анатомічні структури із схожою формою. Наприклад: *infundibulum ethmoidale* – решітчаста лійка, *infundibulum vesicae biliaris* – лійка жовчного міхура, *infundibulum tubae uterinae* – лійка маткової труби. Ще одним прикладом є термін «*pelvis, is f*», який означає «таз» або «ємність». Цей термін можна зустріти в таких анатомічних назвах: *pelvis major* – великий таз, *pelvis minor* – малий таз, *pelvis renalis* – ниркова миска. Ці анатомічні структури мають подібну форму до неглибокої круглої або овальної

посудина (таз, миска). Термін «tuba, ae f», який має значенням «труба», також вживається в анатомічній термінології: tuba auditiva – слухова труба, tuba uterina – маткова труба. Це є трубчасті утворення і саме через свою форму отримали таку назву. Іншим прикладом є термін «bursa, ae f», який у загальноновживаній лексиці має значення «сумка» або «кишеня». Є багато анатомічних утворень, які в своїх назвах містять цей термін: bursa subcutanea – підшкірна сумка, bursa submuscularis – підм'язова сумка, bursa subfascialis – підфасціальна сумка, bursae colli – сумки шиї, bursa subcutanea prominentiae laryngeae – підшкірна сумка гортанного виступу, bursa infrahyoidea – підпід'язикова сумка, bursae membri superioris – сумки верхньої кінцівки, bursa musculi piriformis – сумка грушоподібного м'яза. Всі вони отримали таку назву через подібність за своєю формою до сумки або торбинки.

Висновки: проаналізувавши етимологічні особливості анатомічних термінів, які утворились від описових назв, взятих із побутової лексики, можна зробити висновок, що розуміння етимології анатомічних термінів відіграє важливу роль для кращого їх запам'ятовування і використання у практичній діяльності.

Лотиш Т.А.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ І НІМЕЧЧИНИ ЗА 2020-2021 РОКИ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Черешнюк Г.С. (Заслужений лікар України, ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Здоров'я нації є однією з найважливіших складових соціально-економічного розвитку країни. Німеччина вважається однією з розвинутих країн світу у сфері охорони здоров'я. Порівняння систем охорони здоров'я України та Німеччини дозволить виявити сильні та слабкі сторони обох країн, а також зробити висновки щодо того, як можна покращити вітчизняну медицину на основі досвіду Німеччини.

Мета: Порівняти рівні доступності, ефективності та якості медичної допомоги в Україні та Німеччині. Визначити сильні та слабкі сторони систем охорони обох країн. Проаналізувати та застосувати оптимальні стратегії та поради для покращення якості та доступності медичних послуг в Україні.

Матеріали і методи : Мною проведений аналіз даних з сучасних статистичних джерел а також огляд літератури, які стосуються організації системи охорони здоров'я в Україні та Німеччині.

Результати: Одна з найбільших відмінностей відбувається в структурі фінансування системи охорони здоров'я. Україна фінансує систему охорони здоров'я переважно за рахунок державного бюджету. У свою чергу Німеччина має **систему обов'язкового соціального медичного страхування**. В Україні в 2020 році загальні витрати на охорону здоров'я склали близько 7,2% ВВП, тоді як в Німеччині близько 11,4% ВВП. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на 2020 рік показник смертності немовлят в Україні становив **8,9** на 1000 живонароджених, тоді як у Німеччині цей показник становив 3,1. У 2021 році було відзначено, що в Німеччині на 1000 жителів припадає 4,1 лікаря, тоді як у Україні цей показник становив лише 2,4 лікарів на 1000 жителів, а кількість медсестер – 5,5 в Україні та 13,3 у Німеччині. У 2020 році у Німеччині було 22 ліжка на 10000 жителів, що є значно вищим показником порівняно з Україною, де було 7 ліжок на 10000 жителів. Середня тривалість життя в Німеччині в 2020 році становила 80,9 років, тоді як в Україні цей показник був на 9,5 років меншим і складав 71,4 року.

Висновок: Таким чином, було встановлено, що система охорони здоров'я в Німеччині більш розвинена та ефективна порівняно з Україною. Мабуть, це пов'язано з кращим фінансуванням, ефективнішою організаційною структурою. Однак, Україна з кожним роком удосконалюється і може перейняти деякий досвід Німеччини, та **першочергово, запровадити обов'язкове**

соціальне медичне страхування, збільшити витрати на охорону здоров'я, покращити медичну освіту та розробити більш ефективну організаційну структуру.

О.В.Лошак

ПОЗИТИВНІ І НЕГАТИВНІ СТОРОНИ МАРКЕТИНГУ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Кафедра філософії та суспільних наук

Марчук І. А., доцент, кандидат педагогічних наук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Проблематика маркетингу є цікавою, сучасною і складною для розуміння людей, які не є близькими до розуміння ролі маркетингу в економічній сфері тої чи іншої країни.

Мета: З'ясувати позитивні і негативні сторони маркетингу в країні під час воєнного стану.

Результати: Звичайно, всі речі, процеси і дії можна розглядати з двох сторін: позитивної і негативної. Також за таким принципом ми можемо розглядати випадок з доречністю маркетингу під час воєнних дій. Оскільки в умовах війни економічний індекс більшості підприємств, різних бізнесів знижується, то виникає необхідність залучати велику кількість реклами або заходів, які допоможуть підвищити продуктивність підприємств і бізнесу. Жажлива війна, яка відбувається в нашій країні, знизила попит на товари і послуги: попит та збут товарів чи продукції, а також надання послуг не завжди виходить на той рівень, який би хотіли бачити власники компаній. Підприємці беруть до уваги події та саме середовище, в якому знаходяться громадяни країни, щоб підлаштувати параметри їх товарів чи послуг для кращого продажу. Іноді задля підвищення прибутків маркетологи використовують «брудні» шляхи: прикладом таких є використання рекламних роликів за участю військових, використання професійної військової лексики навіть у тій сфері, де це є зовсім недоречним. Наприклад, одяг з військовою тематикою, з типовими картинками та написами «Джавелін», «Привид», «Байрактар» і такі схожі рекламні ролики з присутністю відомих військових людей, які розповідають про важливість того чи іншого товару.

Але поруч є і «здоровий» маркетинг, який відбувається самовільно та насамперед на користь країни, а після чого вже відображається на прибутку підприємства. Прикладом цього може бути створений Сергієм Притулою фонд: використовуючи свою популярність, шоумен поєднав її з розвитком фонду, який допомагає збирати кошти на військову техніку та спорядження.

Висновок: Отже, збагачення та піар під час воєнного стану заради власної вигоди, а не на користь країни, - є неправомірним і повинно каратися законом.

Марчук Є. С.

ВСЕВОЛОД ЛЮБИНСЬКИЙ МІНІСТР НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я І ОПКУВАННЯ ПЕРІОДУ УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВИ (КВІТЕНЬ - ГРУДЕНЬ 1918 Р.)

Кафедра філософії та суспільних наук

Ратушняк І.І. (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: необхідність вивчення малознаних діячів періоду «Української революції 1917-1921 рр.», мотивує дослідницьку роботу щодо біографічних досліджень, в яких ми відтворюємо діяльність осіб, які представляють медицину, як соціальний інститут. До їх числа належить Всеволод Юрійович Любинський (1840 – 1920 рр.) - український державний діяч, лікар-фармаколог, очільник першого медичного міністерства на теренах України. Його вплив на перебіг подій історії України та медичної науки залишається маловідомим для широкого загалу.

Мета: висвітлити та показати етапи професійного шляху лікаря та громадського діяча В. Любинського в період Української Держави (квітень-грудень 1918 р).

Матеріали і методи: проблемно-хронологічний та принципи фактологічної достовірності. Джерельною базою є фонд № 1035 опис 1, «Міністерства народного здоров'я і опікування УД. м. Київ 1918-1919 рр. » (ЦДАВО) України в якому міститься наказова та «постановча» документація, а також листування з іншими міністерствами, установами «Товариства Червоного Хреста» та керівництвом Австро-угорського командування в період Другого Гетьманату. Наукові праці істориків: Л. М. Жванко, Р. Я. Пирога, І. І. Ратушняка,

Результати: Дослідження було побудовано навколо двох складових діяльності В. Любинського – професійної (лікарської) і громадсько-політичної (в результаті, якої Любинський став першим очільником Міністерства народного здоров'я і опікування в часи Гетьманату П. Скоропадського).

Висновки: Діяльність першого українського міністра охорони здоров'я відбувалась в складних умовах (революція її перебіг, наслідки Першої світової війни, іноземна окупація, руйнація звичних суспільних інститутів). В. Любинському довелося майже «з нуля» створювати «нову» систему охорони здоров'я, були організовані департаменти: медичний, опіки, судової медицини, санітарно-технічний, демобілізаційний. Разом з лікарем М. Галіним було започатковано спілку однодумців, щодо практичного впровадження україномовних лікарських термінів та понять. Мали місце прорахунки та невдачі пов'язані з браком досвіду управління і нерозумінням політичної ситуації. Основні зусилля керівника – спрямовані на боротьбу з епідеміями (тиф, холера), надання допомоги полоненим інвалідам, біженцям, ліквідацію дефіциту медикаментів.

К.С. Колосюк, В.В. Мешкова

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОДОЛАНЬ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ТА ТРИВОГИ ШЛЯХОМ ТЕРАПІЇ МАЙНДФУЛНЕСУ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (доцент, кандидат філософських наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Психологічна складова кожної особи є неодмінною умовою сильної та єдиної нації. Філософія буддизму доводить, що негативні емоції виникають через недосвідченість, бажання та ненависть, тому, як наслідок, мають суттєвий вплив на особисте та суспільне благополуччя. Наслідки негативних емоцій порушують в суспільстві такі проблеми: зростання злочинності, зловживання психоактивними речовинами, самогубства та розлучення. Що є симптомами емоційної дисфункції, через це ми відчуваємо злість, коли нам щось не подобається, відчуваємо заздрість, коли інші досягають успіху і відчуваємо фрустрацію, коли труднощі мають розбіжності реальності з очікуваннями.

Мета: Основною метою стало дослідження впливу майндфулнес-орієнтовної когнітивної терапії (МОКПТ) на психологічне здоров'я людей, та її націленість на боротьбу із негативними емоціями.

Матеріали та методи: В ході дослідження були використані закордонні наукові статті з використанням методологічного, теоретичного методів та іноземні відкриті джерела.

Результати: Основне завдання МОКПТ – навчити людей правильно реагувати на автономні емоції, думки та власну поведінку. В ході дослідження вдалось виявити, що дана терапія допомагає при найбільш поширених психічних розладах. До них, зокрема, належать депресія, безсоння, РХП, підвищена тривожність та інше. У 2000 році було проведено перше дослідження майндфулнес-орієнтовної когнітивної терапії. В публікації (Teasdale et al. 2000) було доведено, що для пацієнтів, які вже мали від 3 епізодів депресії, терапія знизила вдвічі ризик рецидиву (рецидив не отримало 66% пацієнтів, які пройшли звичайний курс терапії, і тільки 37% учасників програми МОКПТ). Також у 2004 році результати першого дослідження були підтверджені (Ma & Teasdale): 78% рецидивів у випадку звичайної терапії і 36% рецидивів для учасників програми, для осіб більше 3 епізодів. Вілему Кюкену зі своїми колегами вдалось довести, що програма МОКПТ здатна проявити такий самий ефект, як і прийом курсу антидепресантів.

Висновок: В ході дослідження було встановлено, що майндфулнес-орієнтовна когнітивна терапія позитивно впливає на психологічне здоров'я, а саме, вона покращує психоемоційний стан людей з невротичними розладами, розладами харчової поведінки та розладами сну.

А.О. Мирза

РОЗЛУЧЕННЯ ТА ГЕНДЕРНІ РОЛІ В УКРАЇНІ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (к. філос. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З кожним роком число розлучень зростають, за статистикою 57% нових шлюбів закінчуються розлученням. З кожним роком все більше шлюбів розлучаються. Через це страждають люди, деякі навіть закінчують своє життя самогубством. В Україні є багато пострадянських гендерних ролей та стереотипів, які в різних умовах руйнують чи навпаки зміцнюють шлюб. Ці стереотипи залишатимуться в нашій країні дуже тривалий час, але які нам потрібні, а які ні - важливе питання.

Мета: З'ясувати що збільшує число розлучень, які фактори впливають на це, як їх позбавитись. Поміркувати та вирішити як гендерні ролі впливають на шлюби, та які ролі вже застарілі та непотрібні в сучасному світі. Дізнатися думку та спостереження різних поколінь (16-50 років).

Матеріали та методи: Власне опитування серед людей та статистика перевірених джерел з інтернету. Власні спостереження та міркування. Статті та міркування психологів та спеціалістів з цієї теми.

Результат: Думка та погляд на цю проблему з різних сторін (людей різного віку, статі, покоління). Основні проблеми сучасних шлюбів. Методи зниження розлучень як зі сторони держави, так і зі сторони громадян.

Висновки: Спочатку треба переробити декілька законів, посилити покарання за деякі речі. Зробити шлюбний договір обов'язковим. Ввести період на обміркування рішення щодо шлюбу та розлучення. Використовувати інтернет та телебачення для впливання на ставлення людей до шлюбу. Гендерні ролі, які необхідні кожній родині, які ролі особисті та ситуативні, які треба позбавляти поступово, які треба вилучити зовсім. Більшість стереотипів в Україні залишилися з часів СРСР та завдяки людям, які стереотипно міркують.

Д.В.Михалик
Система охорони здоров'я в Україні та Іспанії за 2020-2022 рік
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Г.С. Черешнюк (Заслужений лікар України, старший викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: здоров'я людей є найважливішою складовою економічного та соціального розвитку країни, тому дослідження систем охорони здоров'я має велике значення для будь-якої країни. За останні роки системи охорони здоров'я України та Іспанії зазнали значних змін та реформ, що вимагає об'єктивного аналізу та порівняння. Дослідження дасть можливість визначити недоліки та переваги кожної системи та розробити рекомендації щодо поліпшення охорони здоров'я в Україні, що покращить якість життя людей та забезпечить стійкий розвиток країни.

Мета: проаналізувати та визначити переваги та недоліки в системі організації охорони здоров'я України та Іспанії, ідентифікувати найбільш ефективні підходи та рекомендації для покращення якості та доступності медичних послуг в Україні.

Матеріали та методи: проведений аналіз матеріалів сучасних медичних документів, наукових журналів та баз даних, доповідей іноземних науковців.

Результати: Система охорони здоров'я Іспанії є однією з найкращих у світі, зокрема щодо доступності та якості медичних послуг. У порівнянні з Іспанією, система охорони здоров'я України стикається зі значними проблемами, зокрема з недостатнім фінансуванням та рівнем якості медичних послуг. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2020 році Україна витратила на охорону здоров'я лише 4,7% ВВП, що значно менше, ніж у середньому у країнах Європи. У порівнянні з цим, Іспанія витратила на охорону здоров'я 8,9% ВВП, що забезпечило їй один з найвищих рівнів доступності та якості медичних послуг в Європі. За даними Міністерства охорони здоров'я Іспанії, в країні на кожного 1000 жителів припадає 4,2 лікарів та 5,2 медсестер, що є одним з найвищих показників у світі. У порівнянні з цим, в Україні на кожного 1000 жителів припадає лише 2,5 лікарів та 5,5 медсестер. . За даними статистики, показник смертності немовлят в Україні становив 8 на 1000 живонароджених, тоді як в Іспанії цей показник становив 2,6. За результатами дослідження, проведеного Міжнародним інститутом розвитку людини, якість медичних послуг в Україні значно відстає від середнього рівня в Європі. Зокрема, в Україні відносно низький рівень доступності. У порівнянні з цим, Іспанія є лідером в Європі по показниках виявлення та лікування раку та серцево-судинних захворювань. У зв'язку з цим, можна зробити висновок, що система охорони здоров'я Іспанії є більш розвиненою та ефективною у порівнянні з системою охорони здоров'я України за 2020-2022 рік

Висновок: За результатами порівняння систем охорони здоров'я України та Іспанії, можна зробити висновок, що Іспанія має одну з найкращих систем охорони здоров'я в світі, забезпечуючи високу якість та доступність медичних послуг. У той же час, Україна стикається зі значними проблемами у цій галузі, такими як недостатнє фінансування та недостатній рівень якості медичних послуг в деяких регіонах.

Д. О. Олійник, Я. Ю. Юденюк
МОВНЕ ПИТАННЯ В УКРАЇНІ: СУЧАСНІ РЕАЛІЇ
Кафедра філософії та суспільних наук
Д. М. Калач (к. філос. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Грунтуючись на опитуванні серед громадян, можна впевнено сказати, що мовне питання торкається кожного. Особливо ця тема почала частіше підніматися під час повномасштабного вторгнення. Зараз дуже часто люди сперечаються через те, якою мовою ти розповідаєш свою історію. Це відбувається скрізь: на вулиці, в соціальних мережах, між друзями та рідними. Одні вважають, що переходити на державну потрібно негайно, інші взагалі категорично відмовляються розмовляти виключно українською. Обидві сторони праві й помиляються одночасно.

Мета: Висвітлити проблеми мови та пояснити причини їх виникнення. Знайти способи вирішення та запропонувати. З'ясувати чи є це нагальним питанням сьогодні, або потрібно його залишити на потім; чи є обмеження прав російськомовних та примусова українізація. Дізнатись, що заважає перейти на українську.

Матеріали та методи: Було проведено опитування серед студентів ВНМУ, НМУ, рідних та друзів. Почута думка різних за віком та інтересами людей. Спостереження за відомими людьми, з'ясування їхньої позиції зараз та до повномасштабного вторгнення. Власний досвід та ставлення до важливої в наш час теми.

Результат: Провівши опитування, прочитали роздуми громадян на цю тему, створили статистику і відсоток україномовних серед обраного кола людей. Дізнались, що вплив на нашу свідомість також спричиняє наше оточення та регіон проживання, саме це заважає переходити на українську. Люди одного віку мають різне ставлення до проблемної теми. Більшість добровільно почали розмовляти державною одразу після початку повномасштабного вторгнення, деякі з них навіть спілкувалися нею й раніше. На основі опитування можна сказати, що частина громадян бажає відкласти питання мови до завершення бойових дій, не варто в складний для країни та її мешканців період шукати ворогів серед своїх. Розмовляти державною в наш час важливо, але не робити це під примусом.

Висновки: Не мова свідчить про патріотизм. Знати мову, вміти нею розмовляти - обов'язково. Але у повсякденні це не має бути насильницьким насадженням. Агресія до "не російської, а харківської" розділяє суспільство на дві частини, це погано впливає на єдність нації, що може відтягнути перемогу. Люди, що тікали від війни та переживають складний час, вимушені ще зіштовхуватись з непорозуміннями через мову.

А.П. Павленко, А.С. Загородній
ФІЛОСОФІЯ СВОБОДИ ПИСЬМЕННИКІВ – ШІСТДЕСЯТНИКІВ
Кафедра філософії та суспільних наук
Науковий керівник – Д.М. Калач (к. філос. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.
Вінниця, Україна

Актуальність: ми вважаємо, що тема «свободи» буде актуальною завжди, адже люди почали цінувати та ідентифікувати себе як громадян і патріотів не так давно, на відміну від «шістдесятників», руху творчої та самовідданої молоді, котра впродовж усього свого існування до останнього подиху боролася за: культ мови в народі, свободу думки, свободу самовираження своєї творчості і власних поглядів. [1]

Мета: Наша головна мета дослідити позитивні зрушення в українській філософії свободи, що почалися у 60-ті роки ХХ ст. під проводом шістдесятників, котрі надалі призвели до її другого відродження та суспільного перевороту в країні.

Матеріали та методи: Маємо зазначити, що ключовою передумовою створення шістдесятництва було введення глобальних політичних змін в державі. На той час клуб

творчої молоді, а саме: Іван Драч, Микола Вінграновський, Василь Стус, Ліна Костенко, Василь Симоненко, В'ячеслав Чорнові, [2] та багато іншої молоді, не зважаючи на масові репресії та пригнічення культурного суспільства, все ж змогли здійснити прорив в радянській культурі. Вони боролися за національні та громадянські права свого народу. [3]

Якщо спостерігати за діяльністю Стуса, то одразу помічаємо наскільки болісно він сприймає радянську пропаганду і спроби пригнічувати людську свободу. Василь не прагнув боротися за себе, він прагнув боронити народ від впливу влади.[4]

Василь Симоненко і є та сама «свобода», адже саме він почав перевіряти чутки на ганебні, масові сталінські терори. Завдяки Симоненку світ дізнався про приховані братські могили жертв сталінізму. Письменник плекав свободу для суспільства, адже його любов до Батьківщини відзначалась в неприхованій опозиції до влади. Василь поставив собі надскладне завдання – пробудити в народі віру у свою єдність, міць і відродження. [5]

Результати: Українські шістдесятники власними творами та постійною громадською діяльністю поступово почали відроджувати національну свідомість, вели боротьбу за збереження української мови та культури, що є надзвичайно актуально по сьогодні.

Висновки: в результаті нашого дослідження маємо факти та історичні докази першочергового інтересу шістдесятників до духовної спадщини свого народу, прагнення до глибокого та всебічного її пізнання. Це вивело їх на шлях боротьби за створення новітнього суспільства, відмови від тоталітаризму в усіх сферах суспільного буття, зокрема, в духовних процесах, за утвердження загальнолюдських моральних й естетичних цінностей. Філософія свободи несла в собі діалог з суспільством, адже головна мета клубу творчої молоді – донести до народу, що без свободи та любові до Батьківщини, буття не має сенсу.

Д.Д. Павлюк

ОСОБЛИВОСТІ СЕРЕДНЬОПОЛІСЬКОГО ГОВОРУ

Кафедра українознавства

М.І. Лісовий (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діалектне мовлення завжди було в епіцентрі уваги не тільки лінгвістів, а й широкого кола носіїв мови: воно засвідчує природне функціонування мови, зберігає інформацію про її динаміку, залишається основою і джерелом розвитку літературної мови. Оскільки за лексичним запасом українська мова є найбільш спорідненою з білоруською, то цей зв'язок яскраво проявляється в поліському діалекті.

Мета: Дослідити вплив білоруської мови та інших факторів на виникнення середньополіського говору.

Матеріали та методи: Аналіз джерел наукової літератури й інтернет-ресурсів, спостереження за мовленням мешканців Житомирщини, узагальнення та систематизація отриманих результатів.

Результати: В українській мові розрізняють три діалекти: поліський (північний), південно-західний, південно-східний. На формування різних говорів впливають культура, традиції, побут, національне різноманіття певних регіонів, наближеність окремої території до тієї чи іншої країни. Середньополіський говір, або правобережнополіський говір, — один із трьох говорів північного наріччя української мови. Він поширений на півночі Рівненської, Житомирської та Київської областей, а також до аварії на ЧАЕС широко використовувався у регіонах “зони відчуження”.

Діалектна лексика утворює так звані “говіркові острівці”, що членують середньополіський говір на кілька говіркових груп: верхньославчанську: *мармул* (наріст на дереві, на тілі), *на́мозкол* (деревна заболонь); середньоушанську: *сумеж* (злиття річок), *о́корок* (відземок

деревного стовбура); верхньоушанську: *чередá* (черінь грибів); жеревську: *шалгун* (плетений кошик), *суноздка* (поперечна глиця борони), середньоубортську: *брикун* (пуголовок), *бамбул'ака* (наріст на дереві); іршанську: *чваковина* (драговина), *лутіц'а* (сосна, багата смолою) та ін.

Взаємодія цього регіону з Білоруссю викликала певні зміни в знайомих нам словах. Наприклад: а) вимова голосного *у* на місці колишнього *и*: *бук* (бик), *ву* (ви), *вусота* (висота), *вун питає* (він питає); б) заміна голосного *і* у займеннику “*він*” на *у* або *о*: *вун*, *вон*; в) пом'якшення вимови *р*, шляхом заміни *и* на *і*: *ріба*, *трі* та ін. Також іншої вимови набули знайомі вже нам слова: *ковма* (картопля пюре), *кришеники* (смажена картопля), *вужки* (вожі для їзди на конях), *ракотиці* (черевики), *гурки* (огірки), *пряжєня* (омлет), *патрапка* (картопля, тушкована з м'ясом), *милиці* (чепіги), *селєх* (селезень), *ковєня* (кочерга).

Висновки: Середньополіський говір не є одноманітним на всій території його поширення. Виходить, що на формування певного діалекту впливають не тільки близькоспоріднені мови. Білоруська мова по-різному впливає на мову північного регіону України. За М.В. Никончуком, виділення груп говірок у межах середньополіського говору пов'язане з давніми етнічними угрупованнями на цій території та є залишком особливостей родо-племінних говорів. Проте наведені вище риси окремих груп середньополіських говірок указують на виникнення їх унаслідок пізніх, уже українських діалектотворчих процесів та українсько-білоруських міжмовних взаємин.

М.Ю. Подопрігора

ФІЛОСОФІЯ В МЕДИЦИНІ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к. філос. н, доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пірогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Філософія в медицині, їх взаємопов'язаність. Проблеми сучасної медицини з філософського аналізу.

Мета: Дослідити взаємопов'язаність філософії та медицини.

Матеріали та методи: Наукові статті різних медичних університетів. Дослідження історії медицини та як мінялись філософські погляди.

Результати: Всю людську історію медицина перепліталась з філософією і як ще колись вважав Демократ — «Лікарське мистецтво зцілює хвороби тіла, а філософія — хвороби душі». Філософські погляди на медицину мінялись завжди. Починаючи з стародавніх часів, коли культом було використання магічних засобів лікування, закінчуючи теперішніми культурами здорового способу життя.

На теперішній час, світовим трендом є культ тіла, де основою є заняття спортом, контроль за поганими звичками. В сучасній медицині роль філософії визначається найчастіше на теоретичному рівні. Під час навчання, пари з філософії сприймаються не як першорядне. Адже, питання типу лікарської таємниці, етичних сторін, використання того чи іншого препарату та інші є дуже важливими. Через це, появились ряд труднощів з філософськими питаннями теорії в медицині і новими проблемами етичного характеру. Вони відображаються як і в пацієнтів, так і в лікарів. Сучасний медичний працівник все менше і менше приділяє часу психології з пацієнтом. Сьогодні він схильний не вислуховувати скарги хворого, а відправляти його на аналізи.

Яскравим прикладом була медицина в стародавньому Єгипті, Вавилоні та Ассирії, яка поєднувала в собі доволі якісну на той час традиційну медицину із магічними засобами. Філософські уявлення медицини були такі: людина створена із землі, Бог вдихнув у неї душу, а недуга — кара за гріхи. Лікування починалось з розпитування лікарем - «Не посягнув ти на будинок ближнього свого? Не проливав кров ближнього свого? Не наближався до жінки

ближнього свого? Не привласнював нічого ближнього свого?». Хвороба обмовлялась заселенням у тіло пацієнта злих духів. Через це, процес лікування починався з вигнання духів заклинаннями, спалюванням фігур демонів, а потім вже повертались до традиційної медицини. Також, цікавим фактом є те, що в цих країнах вже були компоненти філософії про здоровий спосіб життя, для зміцнення здоров'я, такі як: культуру дозвілля, емоційне розвантаження та отримання позитивних емоцій. Якщо говорити про православні країни, то там компоненти здорового способу життя були помітні в Біблії, де велика увага приділялась правильному харчуванню, особистій гігієні. Здобуття людиною духовності ставилось у тісний взаємозв'язок із ставленням до свого здоров'я.

Висновок: Загалом, філософія відіграє вирішальну роль у керуванні медичною практикою та прийнятті рішень, допомагаючи нам орієнтуватися в складних етичних і моральних питаннях, глибше розуміти природу здоров'я та хвороби.

У.М. Поцелуйко

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ СИНТЕЗУ ФІЛОСОФІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ПАРАДИГМІ СТАНОВЛЕННЯ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (к. філос. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З самого початку зародження людства й до часів сьогодення залишається актуальним і таким що потребує чималих досліджень питання взаємозв'язку філософії та медицини. Адже, не секрет, що спільним об'єктом їх дослідження є людина, спосіб її мислення, світосприйняття, її фізіологічні особливості та потреби. Саме через тісну взаємодію цих величних наук людство досягає результату у вирішенні своїх нагальних проблем – існування людини на землі та збереження її здоров'я.

Мета: З прадавніх часів відомі філософи-мислителі замислювались над поєднанням філософського знання з медичним задля розуміння таємниці життя та секрету людини. Метою роботи є формування методологічних принципів єдності та нерозривного взаємозв'язку медицини та філософської думки.

Матеріали та методи: Осмислення досвіду поколінь розвитку людства в галузі медицини та філософії за допомогою методів критичного аналізу, системного синтезу, цілісного узагальнення досвіду людства.

Результати: Користуючись найновітнішими технологіями сучасний лікар стоїть перед вирішенням складних не тільки медичних, а й філософських проблем. Тільки через комплексний підхід у контексті синкретивної єдності духовного та фізичного можливе розв'язання проблеми здоров'я пацієнта та його повноцінне буття серед собі подібного загалу. Застосовуючи філософсько-діалектичне мислення компетентний лікар зможе розв'язувати життєво важливі проблеми живої істоти – людини, беручи до уваги не лише фізіологічний стан її організму, а риси її світорозуміння, її систему суджень про світ в цілому та вплив спільноти її життя. Нині система надання медичної допомоги стоїть на шляху неабиякого нівелювання якраз філософського аспекту у підході до проблем пацієнта, акцентуючи свою увагу виключно на медико-фізіологічному боці, втрачаючи безцінний професіоналізм лікаря як митця, не тільки людського тіла, а й душі. Наразі лікар професіонал обмежений у своїй діяльності специфічними нормативними документами, протоколами діагностики та лікування пацієнта. Осягаючи діалектично-методологічний підхід до лікування пацієнта лікар повинен мати свободу вибору методів та стратегій надання медичної допомоги, враховуючи ключові пріоритети конкретної особистості, її погляди на власне здоров'я та життя, своєрідності її соціуму, аж до відмови від надання медичної допомоги не абсолютизуючи останній фактор.

Висновки: Сучасний лікар повинен тримати фокус своєї професійної діяльності на інтеграції сприйняття кожного окремого пацієнта, як цілісної особистості поєднуючи її світогляд, погляди, філософію її життя з проблемою покращення чи збереження здоров'я. Епіцентр цієї уваги повинен бути на поліпшенні та відновленні здорового самопочуття, а не на відтягненні смерті враховуючи системність підходів до лікування та здоров'я пацієнта. Отже, сучасний лікар це високо професійна та ерудована особистість в контексті втілення найвищих моральних та духовних якостей, який без перебільшення дійсно пов'язаний невидимою, нерозривною тайною з Всюдисущим.

А.О. Притика
ПСИХОЛОГІЯ НАТОВПУ ЗА ГЮСТАВОМ ЛЕБОНОМ
Кафедра філософії та суспільних наук
Д. М. Калач (доц., к. філос. н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Теорії Гюстава Лебона щодо психології натовпу залишаються актуальними й сьогодні, оскільки вони дають можливість зрозуміти причини та встановити певні закономірності поведінки особистостей у великих групах. Особливо питання психології натовпу, а саме вміння керувати емоціями, настроєм, страхами і головне думками натовпу простежується в наших реаліях. Зараз як ніколи важливо вміти ефективно протистояти так званому «стадному інстинкту», не піддаватися скептичним настроям вороже настроєного натовпу, який, будучи частиною машини пропаганди країни-агресора, прагне поселити в умах українців скептицизм.

Мета: Метою цієї наукової роботи є дослідження внеску Гюстава Лебона в галузь психології натовпу, методів та матеріалів, які він використовував, та результатів і висновків, які він зробив зі своїх досліджень.

Матеріали та методи: Підхід Лебона до вивчення психології натовпу був переважно якісним, базуючись на спостереженнях та випадкових вибірках, а не на кількісних даних. Однак його роботи й сьогодні використовуються в дослідженнях з цієї теми. Для виконання даної наукової роботи було використано матеріали, взяті з авторських праць самого Г. Лебона («Психологія людських спільнот» (1894), «Психологія натовпу» (1895)).

Результат: Дослідження наукових праць Лебона показали певну закономірність, а саме, що особистості в натовпі мають тенденцію виявляти ірраціональну й емоційну поведінку, часто втрачаючи свій індивідуальний характер та ідентичність. Це негативним чином впливає на здатність індивіда мислити критично, притуплює його здатність критично оцінювати ситуацію, робити зважені рішення.

Висновки: Дослідження Лебона свідчать про те, що психологія натовпу має значний вплив на суспільство, зокрема в політичних та соціальних рухах, а також на розуміння динаміки людської поведінки взагалі. Дослідження теорій та соціальних експериментів Гюстава Лебона щодо психології натовпу допоможе краще зрозуміти фактори, які впливають на людську поведінку в групових ситуаціях та сприятиме кращому розумінню та управлінню динамікою цих процесів у нашому повсякденному житті.

І.С. Садовський
**ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ БЛОКЧЕЙНУ У СИСТЕМІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кафедра судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доцент)

О.Ф. Адамчук (к.ю.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Кафедра інтелектуальної власності, інформаційного та корпоративного права

М.О. Суханов (доктор філософії права, асистент)

Львівський національний університет ім. Івана Франка

м. Львів, Україна

Актуальність теми: блокчейн – це удосконалений механізм бази даних, що допомагає проводити операції між паритетними учасниками інформаційної мережі. Проблема впровадження технології блокчейну стала актуальною після прийняття Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та прийняття Наказу МОЗ України від 18.04.2018 р. № 735 «Про внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2005 р. № 360». Дані нормативно-правові акти не мають роз'яснення, яким чином будуть оброблятися та захищатися персональні дані пацієнтів. Але запровадження блокчейну допоможе значно полегшити і прискорити процеси синтезу та обробки інформацій, попередити їх від дій шахрайств і підробок.

Мета дослідження: аналіз впливу блокчейну на діяльність системи охорони здоров'я та перспектив юридичного забезпечення прав пацієнтів при використанні даної системи захисту персональних даних.

Матеріали та методи: огляд нормативно-правової бази та наукових публікацій і статей вітчизняних науковців з використанням аналізу, синтезу, індукції, дедукції.

Результати дослідження: використання блокчейну у галузі охорони здоров'я можливе у 3-х напрямках. По-перше, для збереження персональних даних пацієнтів: наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» запроваджені різні форми первинних облікових документів, але про захист персональних даних ніщо не написано. Проте якщо інформацію перевести в блокчейн, то становище зміниться кардинально. Можна створити програму, за якою пацієнт самостійно буде на деякий час відкривати доступ до своїх персональних даних медичним працівникам. По-друге, для відслідковування за статусом фармпродукції: якщо всі дані зберігаються у блокчейні, то від моменту проведення доклінічних експериментів, клінічних випробувань, виробництва, подальшого зберігання та доставлення до провізорів можна відстежити весь шлях фармакотерапевтичного препарату. По-третє, для оптимізації використання смарт-контрактів: блокчейн дасть змогу користувачам передавати інформацію та матеріальні цінності без банків та інших посередників.

Висновки: відносини технології блокчейн у сфері медичних послуг мають приватно-правовий характер, хоча за інформаційним механізмом є публічними. На жаль, досвід залучення блокчейну до практичної діяльності охорони здоров'я в Україні є досить малим, тому ймовірно, що юридична непевність застосування даного механізму бази даних в системі охорони здоров'я може призвести до невизначеності правового забезпечення захисту прав пацієнтів та інших осіб, які користуються послугами закладу охорони здоров'я.

Є. В. Салюк
РОЛЬ СТОЇЦИЗМУ У РЕФЛЕКСІЇ ЛЮДИНИ ХХІ СТОЛІТТЯ
Кафедра філософії та суспільних наук
Д. М. Калач (к.філос.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Після початку повномасштабного вторгнення Росії на територію України рівень стресу у значної частки населення значно зріс. Знизити негативний вплив постійних тригерів на стан нервової та психічної системи може допомогти застосування основних принципів стоїцизму.

Мета: Дослідити вплив стоїцизму на рефлексію та розвиток асертивності у людини 21 століття.

Матеріали та методи: Опрацювання та аналіз художньої та наукової літератури з відкритих джерел інформації у пошуковій системі Google та бібліотеки ВНМУ.

Результати: Не важливо чи йдеться про реалії війни, чи про довоєнний мирний клопіт, контексти, якими перевантажена сучасна людина, вимагають конкретних алгоритмів взаємодії особистості із зовнішнім світом на рівні підсвідомості.

Сприйняття мозком зовнішніх подразників за останні декілька сотень років не дуже змінилося: ми все ще сприймаємо зовнішній світ крізь призму трьох основних страхів (страх смерті, страх невідомості і страх вигнання з соціальної групи). Саме тому навіть принципи, що були сформовані стоїками доволі давно, можуть бути широко застосовані й сьогодні. Доцільною може бути техніка дихотомії контролю, адже в реаліях сьогодення велика кількість змінних є абсолютно невідконтрольними нам. Ще в античні часи Епіктет говорив: “Головне завдання в житті полягає в наступному: визначити та розділити речі, щоб я міг чітко сказати собі, що є зовнішніми, які я не контролюю, а які мають відношення до вибору, який я фактично контролюю.”, але і донині його слова залишаються актуальними. Цей принцип безперечно допомагає розвинути асертивність і легше сприймати труднощі на життєвому шляху. Застосовуючи його можна навчитися не перейматися та критично мислити у стресових ситуаціях.

Крім того, техніка негативної візуалізації дозволяє менш болюче переживати втрати (близьких людей, житла, інших матеріальних цінностей). У людини морально підготовленої до найгіршого розвитку подій не буде ефекту несподіванки, що завдає додаткового удару.

Також стоїцизм вчить нас жити теперішнім і дорожити кожним моментом. “*Memento mori*” – пам’ятай про смерть; наше життя скінчене, тому ми повинні його цінувати і використовувати раціонально. У книзі “Нові стоїки” Массімо Пільюччі та Грегорі Лопеса є чудова цитата щодо цього: “Не хвилюйтеся щодо майбутнього й не жалкуйте за минулим. Майбутнє ще не настало, а минуле вам невідвладне. Лише теперішнє вимагає вашої уваги - ви маєте ухвалювати важливі рішення щодо того, як плануєте провести цей день і кожен день, у поточний момент.” Усвідомлення цього дає людині можливість бути щасливою тут і зараз, а отже бути щасливою щодня.

Висновки: Отже, зважаючи на те, що проблеми суспільства з часів античності не змінилися, а лише набули певних метаморфоз, застосування концепцій стоїків щодо них є цілком доцільним. Використання цієї філософії у повсякденні здатне зробити людей більш пластичними до змін та викликів, що з ними трапляються.

Д.А.Сікун
СВІТОГЛЯД ЛЮДИНИ ТА ФІЛОСОФІЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М.Калач (к.філос. н.доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність:"Світогляд людини та філософія"(далі ТЕМА) є актуальною незалежно від часу. Людина завжди задавала собі питання про своє походження,сене життя, мету свого існування. Філософія відповідає на ці запитання, допомагає зрозуміти світ,досліджує питання про сутність людини та її відносини зі світом. Особливо в сучасному світі, де людина стикається зі складними проблемами, такими як екологічні кризи,політичні конфлікти, моральні дилеми, зрозуміння світогляду людини та філософії стає ще важливішим. Філософія допомагає людині зрозуміти її місце в світі, знайти власний шлях у складних ситуаціях.

Мета: дослідження світогляду людини та ролі філософії у формуванні цього світогляду, розуміння того,як філософські погляди та концепції впливають на світогляд людини,як формується світогляд та яку роль відіграє в цьому філософія.

Матеріали та методи:

Для дослідження можна використовувати багато різних матеріалів:філософську літературу,праці відомих філософів,аналізувати вірші,художню літературу,історичні джерела,архіви,артефакти, літописи,дані сучасних досліджень,публікації в збірниках,журналах,мережі інтернет.

Серед методів:вивчення і аналіз матеріалів,літератури,філософських текстів,проведення інтерв'ю,дослідження практичних прикладів,аналіз природи та цінностей,якими керуються люди,розгляд концепцій і теорій світогляду у філософії,дослідження різних філософських шкіл.

Результати:

- Краще розуміння світогляду,його формування,виявлення ключових елементів світогляду,таких, як культурні,соціальні,релігійні.
- Встановлення зв'язків між світоглядом та філософією,виявлення,які філософські теорії та погляди впливають на формування світогляду.
- Розвиток критичного мислення,так як вивчаються різні погляди та аргументації,порівнюються різні точки зору та робляться обґрунтовані висновки.
- Вивчення історії філософії,її розвиток та внесок у формування світогляду.
- Розвиток особистості,розкриття власного світогляду,своїх переконань.

Висновки:Концепція Світогляду включає у себе систему цінностей, переконань,знань,традицій,які визначають,як людина бачить світ та реагує на нього.Філософія досліджує різні аспекти світу та людського буття,в т.ч. й ті,які впливають на формування світогляду.Світогляд людини—це узагальнена система поглядів людини та суспільства на мир,життя,на місце окремої людини в цьому житті,це спроба осмислення і оцінки людиною сенсу свого життя,життєдіяльності,свого минулого,сьогодення та майбутнього.Філософія складає теоретичну основу світогляду,його теоретичне узагальнення,своєрідна духовна складова поглядів людської мудрості.Філософія-це теоретична основа суспільної та індивідуальної свідомості,що постійно обґрунтовується та містить більшу складову науковості ніж світогляд людини.

Світогляд існує у вигляді системи принципів,ідеалів,вірувань,як образ життя людини та суспільства.

В. С. Стадник

ЗВ'ЯЗОК СУЧАСНИХ ПЕДАГОГІЧНИХ ПІДХОДІВ З ВЧЕННЯМИ АНТИЧНИХ ФІЛОСОФІВ-ПЕДАГОГІВ.

Кафедра філософії та суспільних наук.

Д.М. Калач (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Мистецтво навчати є породженням багатовікової праці людства, і насамперед античних філософів. Сучасні та античні погляди мають схожі риси, тому важливо дослідити ці зв'язки, адже без знання минулого немає майбутнього.

Мета роботи: Встановити взаємозв'язок між педагогічними підходами античності та сучасності.

Матеріали та методи: Використання наукових літературних джерел вітчизняного та іноземного походження.

Результати: Філософи античності нерідко були представниками педагогічного мистецтва. Серед найвідоміших філософських шкіл можна виділити наступні: Сократа, Платона та Арістотеля. Кожен із них мав власний погляд на питання виховання і освіти, багато їх розробок дійшли до наших часів ставши фундаментом для сучасної педагогічної науки. Сократ вважав, що: «Людина повинна ґрунтувати свою поведінку на надійних знаннях, а останні мають бути остаточними, повними, незмінними та завершеними». Він вивів «метод Сократа», суть якого полягає у проведенні з учнями діалогу в ході якого останній має вирішити поставлену перед ним задачу. Ставлячи правильні запитання, філософ спонукав міркувати учнів у напрямку який приводив їх до відповіді. Таким шляхом ефективно вирішувалися нові, нестандартні проблеми. Платон в свою чергу наполягав на приділенні особливої уваги виховання молодого покоління. Філософ вважав, що шляхом ігрового підходу можна навчити маленьких громадян моральності та чеснотам. Гра викликає у дітей яскраві позитивні або негативні емоції, які ефективно допомагають засвоювати ту чи іншу інформацію у ранньому віці. В своїй праці «Держава» Платон описує організовану систему навчання і виховання, що починається із 3-х років і завершується вже в зрілому віці. Згідно з цією системою дітей віком від 3 до 6 років слід організовувати в групи, й під пильним наглядом дорослих вчити ігровим методом. Діти віком від 6 до 12 років мають вивчати письмо, лічбу, спів і гру на музичних інструментах у школі. Наступним етапом для юнаків з 16 років стає підготовка до воєнної кар'єри, що потребує знання арифметики, геометрії і астрономії. Етап життя з 18 до 20 років відводився на спеціальну фізичну воєнну підготовку. Наступник і учень Платона – Арістотель в свою чергу доводив, що душа людини поділена на три частини: рослинну, тваринну та розумову. Тож за його баченням для гармонійного розвитку необхідно поєднувати розумову працю, фізичні вправи та мистецтво. В сучасній педагогіці ми також спостерігаємо впливи вчителів і вихователів схожі на «метод Сократа». Організація початкової, середньої та вищої освіти має багато спільних рис із описаними Платоном ідеями, а всебічний розвиток дітей відповідає поглядам на це питання Арістотеля.

Висновок: Проводячи паралелі між педагогікою сучасності і античності, ми спостерігаємо досить значну схожість підходів і принципів. Пройшовши через століття, деякі з них застаріли, й не застосовуються зараз, але багато з них отримали розвиток, вдосконалення і наразі успішно застосовуються в більшості країн світу.

А. С. Старостенко
**СПЕЦИФІКА ВЖИВАННЯ ГРЕЦЬКИХ СОМАТИЧНИХ КОМПОНЕНТІВ ЗІ
ЗНАЧЕННЯМ «ШКІРА» В ЛАТИНСЬКІЙ ТА УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНИХ
ТЕРМІНОСИСТЕМАХ**

Кафедра латинської мови та медичної термінології
Т. В. Некрашевич (к.пед.наук, доцент)
Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна

Актуальність: сучасні процеси інтернаціоналізації термінів у медичних мовних системах сприяють дослідженню морфологічних форм. Для фахівців в галузі дерматології вивчення специфіки вживання соматичних компонентів зі значенням «шкіра» у медичній термінології, які мають грецький еквівалент *derm-/dermat-* є актуальним та забезпечує розуміння медичної термінології в цілому.

Мета: здійснити комплексний аналіз грецького соматичного компонента *derm-/dermat-* та класифікувати терміни за семантичними та парадигматичними відношеннями.

Метріали та методи: медичні терміни з досліджуванним соматичним компонентом зі словників латинської та української мов та застосовано загальнонаукові методи аналізу й синтезу, дефініції та лінгвістичний метод.

Результати: соматичний компонент *derm-/dermat-* (грец. *derma* шкіра) – частина складних слів, що означає належність до шкіри або зародкового листка. Даний мовний елемент входить у назву поняття «шкіра» – *derma* (грец.), *dermis* (грец. *derma* шкіра, *шкура*); *enderon* (грец. *en +deros* шкіра).

Лексема *дерма* у латинській та українській медичних терміносистемах є частиною складених термінів. Наприклад, *сосочкова дерма* (*derma papillaris*), *ретикулярна дерма* (*derma reticularis*).

На основі аналізу термінів зі словників, класифікували лексеми за наступними групами за значеннями:

1) *процеси:* *дерматоаутопластика* (*dermatoautoplastica*), *дерматогетеропластика* (*dermatoheteroplastica*), *дерматотерапія* (*dermatotherapie*), *дермолінектомія* (*dermoliplectomia*), *дермометрія* (*dermotetria*) та інші;

2) *назви захворювань:* *дерматит* (*dermatomitis*), *дерматобіоз* (*dermatobiosis*), *дерматоліз* (*dermatolysis*), *дерматомегалія* (*dermatomegalia*), *дерматомикоз* (*dermatomycosis*), *дерматоррагія* (*dermatorrhagia*) та інші.

3) *прикметники:* *дерматографічний* (*dermatographicus,a,um*), *дерматологічний* (*dermatologicus,a,um*), *дерматопатичний* (*dermatopathicus,a,um*), *дерматопластичний* (*dermatoplasticus,a,um*), *дермоїдний* (*dermoideus,a,um*) та інші;

4) *назви фахівців:* *дерматолог* (*dermatologus,i m*) – лікар, який обмежує свою практику діагностикою і лікуванням шкірних захворювань;

5) *назви наук, розділів, галузей:* *дерматогліфіка* (*dermatoglyphica*), *дерматологія* (*dermatologia*), *дерматоневрологія* (*dermatoneurologia*).

У сучасній українській медичній терміносистемі виокреми ще 2 групи:

1) *назви приладів, інструментів:* *дермабрадер*, *дерматом*, *дермогігрометр*, *дермометр*;

2) *назви клітин, паразитів:* *дерманіссідові*, *дерматозоон*, *дерматофагоїди*, *дерматофілові*, *дерматофілюс*, *дерматофіт*. Наприклад, *дерманіссус* – вид кліщів родини *Dermanyssidae*. *дермацентор* – рід кліщів, основних переносників захворювань.

Висновки: грецький соматичний компонент *derm-/dermat-* має досить широкий вжиток у медичних терміносистемах. Досліджуваний компонент реалізує парадигматичні відношення у мові через семантико-сміслову структуру слова, що і обґрунтовує класифікацію термінів з *derm-/dermat-* за значенням.

Д.В. Степаненко, Я.М. Чукань
**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В
УКРАЇНІ**

Кафедра судової медицини та права
О.Ф. Адамчук (к.ю.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні телемедицина є досить перспективною галуззю надання медичної допомоги населенню, хоча і перебуває лише на первинних етапах свого розвитку. Згідно статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», вона являє собою сукупність організаційних та матеріальних заходів, дій та технологій, що спрямовані на забезпечення медичних послуг у вигляді дистанційних лікарських консультацій з використанням телекомунікацій. Значному поширенню телемедицини посприяла потреба в наданні лікарської допомоги постраждалим від війни, що знаходяться на окупованих територіях.

Мета: Дослідити вплив телемедицини на сферу охорони здоров'я. Проаналізувати позитивні та негативні сторони цієї галузі.

Матеріали та методи: Аналіз, порівняння та синтез даних з нормативно-правових документів і науково-дослідницьких статей.

Результати: Відповідно до ст.49 КУ кожен громадянин нашої держави має право на охорону здоров'я. Проте, на даний час велика кількість людей знаходиться на територіях бойових дій і не має доступу до отримання належної медичної допомоги у офлайн режимі. У зв'язку з цим, 20.06.2022 року було прийнято Наказ МОЗ «Про організацію надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини в умовах воєнного стану». Він вважається чинним протягом усього часу дії воєнного стану в Україні та шести місяців після його завершення за пунктом 2 Наказу МОЗ №1062 від 20.06.2022. Згідно цього закону лікуючий лікар повинен сформулювати запит на телемедичне консультування, відповідно до Форми №001/тм, потім відправити його електронним листом з підписом та печаткою до лікаря, що має консультувати пацієнта. Той, в свою чергу, після консультації формує консультаційний висновок згідно Форми №002/тм, накладає на нього електронний підпис та відсилає лікуючому лікарю. Консультуючий лікар має робити відповідний запис про медичний огляд та надання консультації згідно з Порядком ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ № 587 від 28.02.2020. Також за Наказом МОЗ №1695 від 17.09.2022 можуть бути здійснені заходи реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України із застосуванням телереабілітації.

Висновки: Отже, телемедицина та телереабілітація, хоча і відносно новий, але досить прогресуючий і рентабельний метод в сфері охорони здоров'я, який набуває все більшого поширення, особливо на окупованих та віддалених територіях України; проте все ще потребує кращого нормативно-правового регулювання.

Ю.В.Степанчук, Б.О.Свереда, М.Ю.Шкарупа
**ПРАВОВІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ
СИСТЕМ В УКРАЇНІ**

Кафедра судової медицини та права
Р.Г. Жарлінська (доцент, к.е.н.), О.Ф. Адамчук (доцент, к.ю.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасному світі медична інформатика займає важливе місце в організації охорони здоров'я. Використання медичних інформаційних систем (МІС) є необхідним управлінським інструментом для покращення ефективності та якості медичної допомоги. Але зростання кількості електронної медичної інформації вимагає належного захисту та зберігання, що створює виклики в сфері безпеки та конфіденційності даних пацієнтів.

Мета: дослідити правові аспекти функціонування МІС в Україні, включаючи законодавчу базу, яка регулює збір, зберігання та обробку медичної інформації; вивчити основні правові проблеми, які виникають під час впровадження та експлуатації МІС та засобів їх вирішення.

Матеріали та методи: аналіз нормативних актів України, що регулюють збір, зберігання та обробку медичної інформації; наукових публікацій, що стосуються проблем впровадження та використання МІС в охороні здоров'я (ОЗ).

Результати: Інформатизація галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється з 2000р. Проте електронна система охорони здоров'я (e-Health) була створена лише з прийняттям постанови КМУ від 25 квітня 2018р. № 41, якою затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, спрямований на реалізацію положень Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення". МІС – складова частина e-Health і призначена для інформатизації закладів ОЗ та автоматизації робочих місць працівників. Наказом НСЗУ № 28 від 06.02.2019 р. затверджено технічні вимоги до МІС, зокрема щодо безпеки інформації. Оператор МІС – юридична особа, яка володіє авторським правом на МІС або має офіційне право на розповсюдження інформації МІС. Світовою тенденцією є використання МІС для обміну інформацією з центральними банками даних та реалізації відповідних фінансових механізмів в ОЗ. Виділяють чотири основні напрями розвитку моделі МІС: проміжний, гібридний, децентралізований та інтероперабельний. В Україні використовується дворівнева модель як основа: DBS повністю надається на державному рівні, який накопичує дані, доступні для МОЗ, НСЗУ, постачальників медичних послуг тощо. МІС – периферійна частина екосистеми ІКТ охорони здоров'я, відповідальна за передачу даних до центрального банку, зберігання та аналіз на рівні закладу ОЗ.

Питання захисту, зберігання, накопичення медичної інформації у МІС регулюються Законом України «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах».

Висновок: Отже, медичні інформаційні системи можуть значно оптимізувати процес організації медичної допомоги. Важливо також, що розробку МІС забезпечують приватні організації, тому створюються додаткові механізми вдосконалення цієї розробки.

Нагальним є вдосконалення правового регулювання відносин з інформаційної безпеки у галузі, зокрема щодо використання інформаційних методів і технологій у медичній практиці, захисту медичної інформації в МІС та інші. Для вирішення низки зазначених проблем доцільним є прийняття Медичного та Інформаційного кодексів з відповідними розділами.

М.В. Сустова

МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук, кандидат педагогічних наук, доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: маркетинг в охороні здоров'я є важливим і ефективним інструментом для забезпечення належного функціонування системи охорони здоров'я, навіть в умовах воєнного стану. Він може допомогти у забезпеченні належної організації і комунікації між різними групами та структурами в охороні здоров'я, такими як медичні заклади, медичні працівники, пацієнти та суспільство.

Мета: визначити користь та можливості маркетингу в охороні здоров'я під час війни.

Матеріали та методи: огляд інтернет видань та літературних джерел за допомогою методів аналізу, порівняння та узагальнення.

Результати: Можливості застосування маркетингу в охороні здоров'я під час дії воєнного стану включають комунікацію, яка може допомогти в інформуванні людей про доступні медичні послуги та ресурси в умовах обмеженого доступу до них. Також у такий час можна використовувати маркетингові інструменти для підвищення свідомості про протиепідемічні заходи та правила гігієни. Реклама медичних закладів може теж бути актуальною, якщо стосується термінової медичної допомоги, лікування від поранень, реабілітації тощо. Використання конкурсів та акцій може бути ефективним способом привернення уваги до проблем охорони здоров'я під час воєнного стану. Підвищення свідомості та доступності медичних послуг: використання маркетингових інструментів може допомогти зробити доступнішими та привабливішими для громадськості медичні послуги та ресурси. Маркетинг в охороні здоров'я може бути корисним під час воєнного стану з кількох причин: інформування про заходи профілактики, які особливо важливі, зокрема ті, що стосуються інфекційних захворювань та травм.

Маркетинг може допомогти *забезпечити належну доступність медичної допомоги* та інших послуг охорони здоров'я в умовах воєнного стану; *збільшити знання про медичну допомогу*, що допоможе захистити своє здоров'я в умовах воєнного стану; *збільшити довіру до медичних служб*, що дозволить більш ефективно використовувати ресурси охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Маркетинг може допомогти *забезпечити підтримку психологічного здоров'я* населення в умовах воєнного стану, наприклад, шляхом популяризації ресурсів та послуг для психологічної підтримки.

Висновок: Отже, маркетинг в охороні здоров'я може бути дієвим інструментом в умовах війни, що дозволяє покращити доступність медичних послуг, забезпечити населення необхідною медичною допомогою та зменшити кількість жертв серед цивільного населення. Підвищення обізнаності та свідомості громадськості, залучення нових клієнтів до медичних закладів, підвищення ефективності протиепідемічних заходів та впровадження ефективних медичних стратегій і інновацій – основні результати використання маркетингу в охороні здоров'я під час воєнного стану. Дослідження та аналіз ефективності таких заходів можуть бути корисними для подальшого покращення медичного обслуговування та збільшення довіри населення до медичної системи.

О.І.Сушицька

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ ВЛАСНІСТЮ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Кафедра економіки, підприємництва та туризму

Кільницька Олена Сергіївна (к.е.н., доцент)

Поліський національний університет

м. Житомир, Україна

Актуальність: Публічне управління інтелектуальною власністю (ІВ) у сфері громадського здоров'я забезпечує доступність та якість медичних послуг. Зростання значення інновацій та розвиток нових технологій у галузі здоров'я потребують належної охорони ІВ, що створить конкурентоспроможні й ефективні продукти. Потреба в публічному управлінні ІВ має підтримувати розвиток інновацій та забезпечити доступність медичних послуг для населення. Наразі актуальною і необхідною є потреба в ефективному захисті прав ІВ від порушень та недобросовісної конкуренції. Так, як це може призвести до монополізації ринку та різкого зростання цін на медичні технології і продукти, що загрожує доступності медичної допомоги для значної чисельності населення.

Мета: Визначення дієвих стратегій та інструментів управління ІВ, що забезпечать збереження та збільшення доступності ліків у сфері громадського здоров'я, зниження вартості лікування та підвищення якості медичних послуг.

Матеріали та методи: Правові норми, що регулюють питання управління ІВ, медична наукова література, статистичні дані.

Результати: Сфера громадського здоров'я потребує змін, уточнення та удосконалення у питаннях інтелектуальної власності. Щороку наша держава переплачує за ліки та винаходи, через існування «вічнозелених патентів». Пацієнти не отримують достатнього лікування, через високі ціни на препарати, що спричинені переплатами фармацевтичним компаніям. Тому реформа сфери ІВ повинна бути повноцінною, а практика видачі «вічнозелених» патентів повинна бути контрольована.

Розроблена в Україні стратегія реформування сфери охорони здоров'я до 2030 року ставить за мету вироблення інструментів, що забезпечать фармацевтичну незалежність держави на основі наукових підходів з наявними чіткими критеріями, для визначення індексу глобальної безпеки здоров'я (GHS). Останній дає можливість оцінити та провести порівняльний аналіз безпеки охорони здоров'я та пов'язаних з ними можливостей у 195 країнах.

Критерій був розроблений Nuclear Threat Initiative (NTI) та Центром безпеки здоров'я Джона Гопкінса в Школі громадського здоров'я Bloomberg. Глобальний індекс безпеки охорони здоров'я оцінює країни за 6 категоріями, 37 індикаторами та 171 питанням із застосуванням доступної інформації. Він визначає безпеку охорони здоров'я враховуючи чинники, важливі для боротьби з проблемами, такими як: політичні ризики, ризики безпеки, більша потужність системи охорони здоров'я та дотримання країнами загальних глобальних норм.

Сьогодні Україна, в стані війни, має право, закріплене у ст.73 «Винятки з питань безпеки» Угоди ТРІПС, направляти інтереси з пріоритетом захисту інтересів суспільства. Технології, що очікують патентування чи вже запатентовані, мають розглядатися з позиції стратегічного значення та захисту населення України.

Висновки: На сучасному етапі без реформ у сфері громадського здоров'я Україна може бути виснажена, через відсутність доступу до потрібних медикаментів, медичних виробів, підручних засобів тощо. У випадку ігнорування патентної монополії, що супроводжується надмірною ціною чи небажанням патентовласника виходити на ринок, Україна буде нести значні економічні втрати.

Таран О.С.

ЕТИМОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАЗВ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Дерев'янченко Н.В. (к.філ.н., доцент)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Хронічна серцева недостатність є розповсюдженою хворобою серед населення усього світу. За даними статистики смертей в Україні за 2022 рік від серцево-судинних захворювань загинуло 430013 людей. Дослідження походження назв лікарських рослин дає можливість свідомо вживати професійну термінологію, що є невід'ємною частиною фахової компетентності лікаря.

Мета: Визначити етимологічні особливості назв лікарських рослин, що використовують для лікування хронічної серцевої недостатності (далі – ХСН).

Матеріали та методи: Матеріалом дослідження є ботанічні назви рослин, які застосовуються для лікування хронічної серцевої недостатності. Методом є етимологічний аналіз назв лікарських рослин, що використовуються для лікування ХСН.

Результати: Нами було проаналізовано 11 фітозборів, що включали 131 лікарську рослину (на матеріалі роботи «Фітотерапія в кардіології») та виокремлено найбільш уживанні.

Суниця лісова (*Fragaria vesca*): Родова назва *Fragaria* походить від *frago* або від *fragrare*, що означає пахнути, адже плоди суниці мають приємний запах. Видова назва *vescus* (словникова форма *vescus*, a, um) – дрібний.

Нагідки лікарські (*Calendula officinalis*): Родова назва *Calendula* походить від зменшеного слова *calendae* – назва першого дня кожного місяця в римлян. Мотивована ця назва тим, що нагідки цвітуть протягом тривалого часу. Видова назва рослини *officinalis* (словникова форма *officinalis*, e) – аптечний, лікарський.

Брусниця (*Vaccinium vitai-idaea*): Родова назва походить від латинського слова *Vaccinium* – ягідний кущ та *Vitis* – виноград. Видова назва *idaeus* (словникова форма *ideaus*, a, um) означає ідейський, утворено від слова *idaios* (Іда), вказує на місце зростання чагарників, а саме гору Іда, що знаходиться на о. Крит.

М'ята перцева (*Mentha piperita*): Родова назва *Mentha* – була утворена від імені німфи Мінти. Згідно з легендою Прозерпіна перетворила її на м'яту за любов до господаря підземного царства. Видова назва утворена від *piperita* (словникова форма *piperitus*, a, um) – перцевий, характеризує пекучий смак листя рослини.

Фенхель звичайний (*Foeniculum vulgare*): Родова назва *Foeniculum* походить від латинського слова *foenum* – сіно. Є декілька теорій походження цієї назви. Перша пов'язана з духмяним запахом, як у сіна, друга – з травоподібним тонкорозсіченим листям, яке також зовні нагадує сіно. Видова назва *vulgare* (словникова форма *vulgaris*, e) означає звичайний.

Гадючник шестипелюстковий (*Filipendula hexapetata*): Родова назва *Filipendula* утворена від латинських слів *filum* – нитка та *pendulus* – висячий. Пояснення мотивоване тим, що кореневі бульби висять на ниткоподібних коренях. Видова назва походить від грецьких слів *hex* – шість та *petalon* – пелюстка.

Висновки: Дані здійсненого аналізу дозволяють зробити висновок про етимологічні особливості назв лікарських рослин, що використовують для лікування ХСН, які мотивовані особливістю будови рослин, фармакологічною дією, поширенням на певній географічній місцевості, застосуванням у повсякденному житті.

В.Р. Ткачук, Н.О. Люта

КОРИСТЬ ТА НЕОБХІДНІСТЬ ФІЛОСОФІЇ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (к. філос. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасному світі мало хто замислюється над цінністю філософії та її місцем у нашому житті. Спостерігаючи за новими тенденціями, бажання вивчати та пізнавати філософію як науку та буденність в нашому розвитку, роботі, навчанні, сім'ї тощо, тільки зростає. Однак є і ті, хто не може знайти її значення та повністю відчуті її цінність. Отож, актуальність філософії в житті кожного з нас, завжди буде наявною.

Мета: розглянути необхідність філософії та її присутність у житті людей на прикладі досягнень, досліджень та міркувань відомого філософа-Аристотеля.

Матеріали та методи: аналіз історичних довідок та книг, перегляд робіт та думок вітчизняних та закордонних науковців, інтернет-ресурси, огляд статей.

Результати: Філософія – вічна наука, жодна наукова галузь не має такої традиції, як вона. Про це дуже красиво розповідає Аристотель у своїй праці «Заохочення до філософії», де підкреслює, що теоретичне мислення надзвичайно корисне для всіх людей, які вирішують ним зайнятися. При цьому він наводить масу прикладів і доказів того, що філософія потрібна. Одним із таких доказів важливості філософії є різноманітні види інструментів, навіть найелементарніші, які є результатом спостереження за світом і природою. Людина малює візерунки з правди і природи, на основі яких можна зробити подальші аналізи та висновки, які, безумовно, є правильними й справедливими. До кращих дизайнів відносяться всі ті, що знаходяться в повній гармонії з природою. Аристотель переконаний, що людина, яка не пізнала істину, яка випливає з філософії, ніколи не зможе повністю і правильно пізнати її. З цього приводу він пише: «Бо тільки філософ живе з очима, спрямованими на природу і божественне, і так само, як добрий керманіч, зосередивши своє життя на тому, що є вічним і незмінним, кидає там якір і живе по своєму буде». З цього випливає, що тільки філософія може встановити закони та принципи, які є постійними, істинними та прекрасними. Філософія, не обмежується теорією, але на основі її теорій можна формувати дійсність. Завдяки знанням людина може розвиватися, діяти і вирішувати свої проблеми. Стагірит спонукає людей підкорятися філософії, а не уникати її, бо філософія — це «володіння і плекання мудрості». І всі ми знаємо, що мудрість є найбільшим і найкращим благом, яким може володіти людина.

Висновки: Підсумовуючи, можна стверджувати, що діяти згідно з філософською рефлексією є вищим життям по відношенню до інших форм і видів існування. Завдяки філософії, людина може жити її повнотою і досконалістю. Її присутність, безмежність, але в тому ж числі й індивідуальність доводилась тисячоліттями не однією сотнею науковців. Людина, яка не вирішує полюбити мудрість, втрачає найцінніше, що має в житті і воно стає порожнім, поверхневим, безперспективним.

В.Р. Ткачук

ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ. НЕВРОЛОГІЧНІ ТЕРМІНИ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.Ф. Гайдаєнко (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: сучасна клінічна термінологія формувалася протягом багатьох епох, деталізувалися всі її складові. Це одна з найскладніших підсистем медичної термінології. Неврологія - окрема галузь медицини, яка займається діагностикою та лікуванням захворювань хребта, головного мозку та периферичних нервів.

Мета: розглянути механізм утворення клінічної термінології на прикладі неврологічних термінів.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій вітчизняних та закордонних розробників, інтернет-сайти, огляд статей медичних журналів.

Результати: більшість клінічних термінів, тобто назв хвороб, патологічних станів, методів лікування тощо, є складними словами, що складаються з кількох компонентів (коренів, префіксів, суфіксів, терміоелементів), ці терміни є переважно грецького походження.

В клінічній термінології вживають терміни з різними структурними типами: прості однокореневі слова грецького або латинського походження, е.г.: гр. paresis (послаблення), гр. battarismos (заїкання), гр. athetos (нестійкий); похідні однослівні терміни, які утворені шляхом сполучення декількох словотворчих елементів: префікс + корінь, е.г.: арпоє (а - відсутність + рпоє - дихання), bimanualis (bis - двічі + manus - рука); корінь + суфікс, е.г.: arachnoiditis (arachnoidea - павутинна (мозкова оболонка) + itis - запалення), префікс + корінь + суфікс, е.г.:

autotopagnosia (autos - один + topos - місце + a - заперечення + gnosis - знання); терміни-словосполучення, які побудовані за правилами словосполучень з узгодженими та неузгодженими означеннями, e.g.: reflexus visceromotorius (рефлекс вегетосоматичний); терміни-композиції, які являють собою однослівні терміни, що складаються із терміноелементів грецького або, рідше, латинського походження, e.g.: ventriculopunctio (лат. ventriculus - шлуночок + o + лат. punctio - укол).

Морфеми нерідко можуть класифікувати та систематизувати терміни, не винятком є напрям неврології, де морфеми розкривають функцію терміну: гр. mania - потяг, пристрасть - хворобливий стан психіки, для якого характерне зосередження свідомості й почуттів на якійсь одній ідеї, e.g.: dermatomania, kleptomania, daknomania, ablutomania, onychotillomania; гр. gnosis - пізнання, здатність пізнавати, e.g.: agnosia, anosognosia, autotopagnosia, ahypnognosia; гр. phobos - страх, відраза, e.g.: izolophobia, anthropophobia, haemophobia; гр. philia - любов, дружба, e.g.: gerontophilia, haemophilia, ephophilia.

Висновки: знання принципу утворення медичної термінології у студентів-медиків формує грамотність, а при подальшому вивченні латинських та грецьких слів відкриває вже розуміння кінцевих терміноелементів. На прикладі неврологічних термінів ми дослідили, що морфеми та терміноелементи зі сталим значенням сприяють упорядкуванню клінічної термінології, що безумовно доводить важливість вивчення даного лексичного контенту в межах програми підготовки кваліфікованих працівників медичної сфери.

Д.О. Трифанова

СЕНС ІСНУВАННЯ ЛЮДЕЙ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ІСТОРІЇ, ЇХ ВІРУВАННЯ, ФІЛОСОФІЯ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: ознайомлення з відмінностями менталітету в різні періоди історії є важливим для розуміння людських упереджень та психосоматики

Мета: показати духовний аспект життя людей різних епох у порівнянні із сьогоденням

Матеріали та методи: опрацювання підручників із мистецтва, всесвітньої історії та творів зарубіжної літератури; альтернативні джерела з історії стародавнього світу та Європи епохи Відродження

Результати:

I. Філософія стародавнього світу

Чи задумувались ви колись, що могло об'єднувати людей стародавнього світу? До 15 ст. всі жили в епоху премоделну, де всі мислили за схожими шаблонами. Усе суспільство було аграрним, а сенс життя полягав в обробці землі та триманні худоби. Людей поділяли на відповідні класи, у яких були певні права та обов'язки, але особливість в тому, що належність до класу передавалась у спадок. Для людей земне життя було попереднім етапом до життя вічного, що приходить після смерті.

II. Філософія моделну

15 ст. стало визначним завдяки численним науковим відкриттям. Мистецтво та література концентрується на людині. Тепер вона не просто плід гріха, а вінець творіння. Людина епохи відродження мислить, а отже існує. Револуції відбуваються у всіх сферах: промисловість, політика, культура. Майже всі члени суспільства починають жити краще: бідняк християнин стає працівником, який отримує зарплатню, а хазяїни життя тепер – інженери та підприємці. Виникають різні ідеології, головна мета яких довести, що в державі все йде за чітким планом.

III. Філософія постмоделну

Для людей більше не існує ідей універсальної істини. Тепер зрозуміло, що і релігія, і політика, і наука можуть призводити до помилок. На зміну книгам приходять радіо, телебачення, а згодом і інтернет – тепер кожен може виразити свою думку, і кожна з них матиме право на існування. Тепер немає обмежень, відносно того, ким ти хочеш бути – ти сам хазяїн свого тіла і розуму.

Висновки:

У результаті досліджень, можна побачити конкретну залежність між способом життя людини та її мисленням, і як сильно уявлення про навколишній світ впливають на духовність людини. Люди різних часів по-різному мислили та інтерпретували світ, що їх оточував. Відповідно до того як розширювалися фізичні рамки життя людей розширювалися рамки їх мислення. Тисячі років розвитку суспільства привели нас до того, що ми можемо бачити зараз навколо себе. Багато речей змінилися в кращу сторону: з'явилася свобода слова та вибору. Але наш світ не ідеальний, і ми, на превеликий жаль, можемо спостерігати деякі пережитки стародавніх часів та середньовіччя, які давно треба було залишити в минулому.

В. С. Федяєва

ЛЮДИНА ТА ЇЇ БУТТЯ ЯК ПРЕДМЕТ ФІЛОСОФСЬКОГО ОСМИСЛЕННЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Людина завжди цікавилася собою, адже все чим вона займається і переймається, чи то в практичній діяльності, чи в життєвих ситуаціях, чи в своїх думках, так чи інакше сходиться на ній самій. Багато хто, якщо не кожен з нас, шукає сенс буття, саме тому це стало однією з тем, якою зацікавилися філософи. Буття людини може розглядатися як щось незбагненне й різноманітне, а з іншого – має певну проблематичність, адже воно є непередбачуваним, як під час свого плину, так і в осмисленні кінцевого результату.

Мета: Висвітлити в загальних рисах та допомогти слухачам краще зрозуміти сутність та проблематичність людського буття, та розширення їх світогляду.

Матеріали та методи: Людина – головна загадка для філософського мислення. З античності і до наших днів філософи розмірковували, намагаючись пояснити, що є людина. Однак, чи наблизилися вони до її розуміння? Мабуть, кожному з великих філософів, мислителів, видатних дослідників – Сократу, І.Канту, Г.Сковороді, Ж.-П.Сартру, З.Фрейду, М.Шелеру, В.І.Вернадському, Т. де Шардену, М.Фуко, А.Печчеї здавалося, що так. Однак з часом виявлялися нові складні проблеми. Вони стосувалися буття соціуму, впливу людини на природу, способів людського пізнання світу та власне себе. Ставало ясно: потрібні нові відповіді на питання «що є людина?» Тому для філософа проблема людини не застаріває та й не може застаріти. Під час написання роботи використовувалися судження різних періодів філософії - це і Філософія давнього сходу, і Західно-європейська філософська традиція, і Середньовічна західно-європейська філософія, Філософія та культура Відродження, Європейська філософія Нового часу, Доба Просвітництва, філософська антропологія ХХ століття, і звичайно ж постмодернізм, який представляє філософську антропологію у ХХІ столітті.

Результати: Людина під час своєї діяльності створює єдину цілісну систему, в якій живе і про яку знає, в загальному ми нічого не знаємо про світ, бо ми знаємо лише той світ, який бачимо через свою діяльність, працю, пізнання, експерименти, фантазію та інше, тому ми наче є центром цієї системи, в якій живемо. Всі шукають сенс буття, але не кожен розуміє саме

сутність самого буття як такого. Дослідження цього питання довели відмінності трьох понять - існування, життя і буття, які завжди стоять поруч, але не є взаємозамінюючими. Кожне з них включає попереднє, та набуває своїх ознак, що роблять його більш наповненим, і наближеним до його суті. Буття є найбільш обширним поняттям, і його не можна прирівняти ані до існування, ані до життя й організму людини.

Висновки: Отже, за звання буття для свого життя необхідно боротися, відвойовувати його у своїх природних тваринних інстинктів, які були з нами від народження. Однак, як і скрізь, навіть тут необхідно знати міру, і не перейти межу ставши противником природнього. Складно знайти необхідну силу для цієї боротьби, але ця складність виправдовує себе результатом, якого кожен з нас так довго домагався.

Л.С. Хабаза

ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ У СУЧАСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ

Кафедра філософії та суспільних наук

Т.Р. Беднарчик (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Актуальність використання правил медичної етики виникає в тому, що внаслідок змін соціального середовища та наукового прогресу, виникають нові питання та етичні проблеми, які потребують нових рішень. Крім того, актуальність медичної етики полягає в тому, що вона демонструє загальні моральні принципи та цінності, які повинні керувати діяльністю лікарів та інших медичних працівників.

Мета: Забезпечення моральної та етичної підтримки лікарів та інших медичних працівників у професійній діяльності, підтримання високого рівня стандартів у медичній практиці та розв'язування етичних проблем, з якими стикаються лікарі та інші медичні працівники.

Матеріали та методи: IntechOpen, Advent Health University, STAT, Medical Xpress, BMC Medical Ethics, GINAhelp.org, RoboticsBiz, The New York Times

Результати: На сьогоднішній день медичні працівники стикаються з новими етичними викликами. Через недостатність ресурсів, які користуються попитом, для всіх хворих руйнується правило “першим надійшов, перший обслуговується”. Тобто, медичні працівники не можуть приймати рішення про лікування на основі критеріїв пропорційності та клінічної відповідальності. Саме через це вони повинні віддавати пріоритет пацієнтам з “довшою очікуваною тривалістю життя”. В свою чергу зростання етичних питань було зумовлене тим, що лікарі не отримували достатньої підготовки з медичної етики під час навчання та під час практичної підготовки. Наступний, не менш важливий фактор - це вплив лікарів, які спираються лише на власний професійний досвід, так як недостатньо освічені в теоретичних основах біомедичної етики. Ще однією складовою, яка вплинула на порушення формування сучасних проблем біоетики стала пандемія COVID-19. Медичні працівники, які самі знаходяться під загрозою інфікування, вимушені вирішувати, яким пацієнтам надавати допомогу, або хто повинен мати доступ до рятувального обладнання. Також однією з проблем стало порушення етичних норм під час досліджень, адже випробування нових вакцин і терапевтичних засобів проводилось навіть на вагітних або годуючих жінках та дітях. Ці дослідження не мали певного наукового обґрунтування. Також суттєвий внесок у порушення етичних питань охорони здоров'я було зроблено через використання штучного інтелекту (ШІ) в клінічних дослідженнях та під час діагностики того чи іншого захворювання. Через те, що ШІ має здатність до використання даних про доходи, покупки, судимості та соціальні мережі для отримання інформації про здоров'я людини, виникло занепокоєння з приводу можливого зловживання особистими даними пацієнтів. Застосування робототехніки в охороні здоров'я, полегшує роботу лікарям, але ставить під сумнів конфіденційність пацієнтів.

Висновки: Отже, практичне застосування етичних принципів у медицині сповнене труднощів, які можуть ускладнити процес прийняття рішень. На сьогоднішній день на лікарів покладаються дуже високі, навіть надмірні як клінічні навички, так і навички спілкування з пацієнтами. Багато рекомендацій втратили свою актуальність під час пандемії.

А.І. Химич
ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ КАТЕГОРІЇ БУТТЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (доц., к.філос.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: питання буття є об'єктом філософських роздумів від найдавніших часів і дотепер. Знання і досвід, накопичені в цій області – безмежні. Вони мають величезне наукове і практичне значення.

Мета: висвітлити та продемонструвати екзистенціальну проблематику у філософії, зобразити такі поняття, як «онтологія» та «буття», основні виміри буття, світ як всеохоплюючу реальність, а також підкреслити важливість філософії у функціональному призначенні в сучасному суспільстві та історії людства.

Матеріали та методи: для наукового обґрунтування результатів досліджень питань буття був використаний літературний метод, а саме опрацювання великої кількості теорії, зіставляючи дані, проводячи паралелі, виокремлюючи сильні та слабкі сторони дослідження.

Результати: категорію буття вивчає онтологія. Як ми знаємо, онтологія це філософське вчення про буття. Цей розділ філософії досліджує походження світу, його універсальні зв'язки, основні характеристики та закони, а також основні види буття та інші питання.

В онтології світ інтерпретується за допомогою категорій - найзагальніших понять, більшість з яких взаємозалежні між собою. Найзагальнішими поняттями в онтології є буття і небуття. Буття охоплює все, що існує. Небуття означає все неіснуюче. Існує кілька синонімів для обох цих понять: для буття - це існування, світ, космос, реальність; для небуття - це неіснування, ніщо.

Все, що існує у світі, має одну спільну характерну властивість - воно є, все, від галактик до мікробів і культурних феноменів, хоча всі речі мають різні форми та способи існування. Це означає принцип різноманітності світу. Таким чином, особлива категорія "буття" дозволяє об'єднати ментально різні речі та явища світу на основі лише однієї ознаки.

Питання про буття і походження світу, які колись постали перед людиною, завжди були й залишаються актуальними, але, звичайно, вони мають свою історію і ті концепції, які допомагають їх вирішити.

Одним з таких понять є "субстанція". Воно позначає першооснову, справжню основу світу, яка проявляється у різних формах речей та існуючих явищ. Залежно від різної кількості субстанції можна виділити філософський дуалізм і філософський монізм: дуалізм наполягає на рівності матеріального та ідеального начал, а монізм визнає пріоритет лише одного з них.

Таким чином, можна виділити два основні види буття: матеріальне та ідеальне. До матеріального належить фізичний, природний світ, світ речей, а до ідеального - духовний, світ свідомості, світ ідей. Якщо розглядати субстанцію як ідеальне буття, тоді це ідеальний монізм (як у філософській системі Гегеля), якщо як матеріальне – це матеріальний монізм (як у філософії Маркса).

Однак існують не лише два види буття. Світ складається з великої кількості різних об'єктів, які можуть мати певну схожість.

Висновки: за допомогою категорії буття людина опановує основи філософського мислення, розмірковує над витоками свого існування, над сенсом життя. Це дає їй змогу виходити за

межі безглузлого існування, повсякденних клопотів, відчувати себе необхідною частинкою буття, усвідомлювати свою самотність і відповідальність за існування та стан цього світу.

Т. В. Чирва

ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА ПІЗНАННЯ СВІТУ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема філософського пізнання світу є однією з найважливіших у філософії та вона стосується всіх нас, оскільки ми постійно намагаємось досягнути все навколо. Наше розуміння світу є обмеженим та приблизним. Ми не можемо знати все про світ, і наші знання завжди є лише частковими та неповними. Це важливо зрозуміти, оскільки наше розуміння світу впливає на наше ставлення до нього та наші дії в ньому.

Мета: Дослідження проблеми пізнання світу та визначення основних філософських підходів до неї.

Матеріали та методи: Розгляд та опрацювання матеріалів розміщених у відкритому доступі у глобальній мережі Інтернет.

Результати дослідження: Існує кілька підходів до пізнання світу: раціоналізм, що вірить у знання, отримані розумом та логікою, та емпіризм, що ставить досвід та спостереження на перше місце. Обидва підходи мають свої обмеження: розум не завжди знаходить відповіді, а досвід може бути обмеженим та не точним

Однак, попри те, що раціоналізм та емпіризм є двома важливими підходами до пізнання світу, обидва підходи мають свої обмеження та недоліки. Раціоналізм може бути обмеженим тим, що розум не завжди може знайти відповіді на всі запитання, тоді як емпіризм може бути обмеженим тим, що наш досвід та спостереження можуть бути обмежені та не повністю точними.

Мислителі довгий час обговорювали те, чи існує об'єктивна правда в пізнанні світу. Філософ Іммануїл Кант стверджував, що існує дві форми пізнання - апріорне та апостеріорне. Апріорне пізнання, за його думкою, є здатним досягти об'єктивної правди, оскільки воно базується на розумі, тоді як апостеріорне пізнання залежить від нашого досвіду та спостереження та може бути обмеженим.

Як сказав філософ Фрідріх Ніцше: "Той, хто має чому навчитись, знайде вчителя, а той, хто не має, знайде виправдання". Тому важливо постійно прагнути здобувати нові знання та розвиватись, шукаючи правду та розуміння світу. У цьому контексті, пізнання світу може бути дуже корисним не тільки для особистого розвитку, але й для суспільного прогресу. Філософ Карл Поппер сказав: "Природа питання полягає не у тому, щоб мати правильні відповіді, а в тому, щоб формулювати правильні питання".

Висновки: Отже, філософська проблема пізнання світу є важливою темою, яка досі актуальна для нашого розвитку та розуміння світу. Мислителі пропонують різні підходи до пізнання світу, включаючи раціоналізм, емпіризм та критичний раціоналізм. Однак, жоден з них не є повністю досконалим та має свої обмеження. Під час вивчення філософської проблеми пізнання світу, ми можемо не тільки розвивати наші знання та розуміння світу, але й вчитись ставити правильні запитання, що може допомогти нам досягти нових досягнень в науці та технології, також набути нових знань та розвинути наші здібності до критичного мислення і постійного пошуку істини.

С.А.Шабелян
ЕРІК КАНДЕЛЬ – ВІДОМИЙ МЕДИК ТА ЛАУРЕАТ НОБЕЛІВСЬКОЇ ПРЕМІЇ

Кафедра філософії та суспільних наук
С.Л.Трухманова (доц., к.іст.н.)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Нобелівська премія є однією з найбільш престижних міжнародних відзнак, яка щорічно вручається за важливі наукові відкриття, інноваційні винаходи, що змінили світ або значний вклад у розвиток культури та суспільства. Завдяки швидкому розвитку сучасної медицини, кожен день з'являється безліч нових ліків та методів лікування хвороб, тому знання про тих, хто має причетність до цих досягнень та був удостоєний найвищої нагороди - Нобелівської премії, стає все більш важливим.

Мета: ознайомитись із біографією нобелівського лауреата Еріка Канделя та дослідити вплив досліджень вченого на розвиток сучасної медицини та фізіології.

Матеріали та методи: аналіз біографічних даних вченого та його наукових досліджень на офіційному сайті TheNobelPrize та сайті Колумбійського університету <https://www.kavli.cuimc.columbia.edu/>.

Результати: Ерік Кандель – нащадок вихідців з України, вчений, який вніс значний внесок у розвиток медицини за допомогою своїх досліджень. Він працював у Колумбійському університеті (США), досліджуючи пам'ять тропічного морського моллюска - аплізії. В ході досліджень, Кандель виявив, що механізм фосфорилування білків, які контролюють рух іонів через мембрану, є також ключовим у формуванні пам'яті. Далі, він продемонстрував, що короточасна пам'ять виникає за рахунок зміни форми білків, коли фосфат приєднується до них, а довготривала пам'ять вимагає синтезу нових білків. У 1985 році Еріка Канделя запросили виступити з доповіддю про хворобу Альцгеймера на засіданні ради директорів компанії BiotechnologyGeneral. У 1987 році разом із Річардом Акселем він заснував компанію Neurogenetics, яка пізніше перейменувалася на SynapticPharmaceuticals. В 1992 році фірма була реорганізована як відкрита компанія, і рада директорів була розпущена. Через три роки Кандель заснував іншу компанію, MemoryPharmaceuticals, яка спеціалізувалась на його власних дослідженнях. У своїх експериментах на мишах він встановив, що в старечому віці порушується пізня фаза довготривалої потенціації, яка пов'язана з довготривалою експліцитною пам'яттю. Препарат роліпрам допомагав запобігти порушенню пам'яті на ранніх етапах розвитку хвороби Альцгеймера. У теперішній час MemoryPharmaceuticals зосереджується на розробці препаратів, які не лише борються з віковою втратою пам'яті та хворобою Альцгеймера, але й допомагають в лікуванні інших порушень пам'яті, пов'язаних з різними неврологічними та психічними захворюваннями, такими як депресія та шизофренія. У 2000 році Еріку Канделю була присуджена Нобелівська премія з фізіології та медицини за його внесок у дослідження сигнальної трансдукції в нервовій системі.

Висновки: Е. Кандель – відомий нейробіолог, психіатр та професор біохімії, який зробив значний внесок у розуміння основних аспектів функціонування клітинних та молекулярних механізмів пам'яті. Його дослідження мали вирішальне значення для створення нових лікарських препаратів, які покращують пам'ять у хворих на деменцію.

С.А. Шабелян
ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ТА ДОПУСК ДО ОСВІТНІХ ПОСЛУГ

Кафедра філософії та суспільних наук
Т.Р. Беднарчик (доц., к.філос.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останній час з'явилося багато дискусій щодо ефективності планової імунізації, а також було опубліковано низку науково необґрунтованих публікацій проти вакцинації, які вводять людей в оману. Створюються додаткові труднощі для всіх учасників освітнього процесу, оскільки і ця інформація, і постійні зміни в наказах Міністерств освіти і науки та охорони здоров'я України, їх неузгодженість між собою, впливають на якість надання освітніх послуг.

Мета: розглянути питання вакцинації в різних країнах світу та Україні зокрема; проаналізувати нормативні документи чинного законодавства щодо вакцинації та допуску дітей до навчальних закладів.

Матеріали та методи: аналіз нормативних документів Міністерств охорони здоров'я та освіти і науки України, анкетування.

Результати: Більшість країн Європи схильні до політики добровільної вакцинації, хоча деякі з них обов'язково проводять щеплення населення. У 2018 році в Україні був зафіксований спалах захворювання на кір, і кількість випадків хвороби сягнула близько 30 тисяч. З цієї причини МОЗ України видало наказ №157 від 25 січня 2018 року, який скасував форму 026/о "Медична карта дитини" і замінив її формою 063/о "Карта профілактичних щеплень", яку батьки повинні надати у навчальний заклад разом із довідкою про стан здоров'я своєї дитини. Також наказом від 18.05.2018 р. №947 були внесені зміни до Календаря профілактичних щеплень, в якому залишилося десять обов'язкових щеплень, скасована ревакцинація в 7 років від туберкульозу, і перенесено термін вакцинації від гепатиту В. Враховуючи неузгодженість у питанні допуску учнів до занять між МОН і МОЗ, останнє надало роз'яснення, видавши лист від 29.03.2018 р. № 111-01/89 щодо медичних довідок, потрібних для відвідування дитячого садка чи школи та №111-01/123 від 24.04.18 про використання спеціальних медичних бланків. Окрім цього є спільний лист №05.2-11/235301 /1/9-537 «Щодо напруженої епідемічної ситуації», в якому Міністерства закликали керівників закладів дошкільної та загальної середньої освіти не допускати до навчання в заклади освіти дітей без щеплення через напружену епідемічну ситуацію. Це викликало резонанс серед батьків учнів, адже листи не є нормативно-правовими актами і не можуть встановлювати правові норми. На сьогоднішній день Закон України "Про захист населення від інфекційних хвороб" та накази МОЗ, що регулюють питання вакцинації дітей, були оновлені. Провівши анонімне опитування, в якому взяло участь 224 особи, встановлено, що переважна частина респондентів позитивно ставиться до вакцинації та вважають її надійним захистом від хвороб.

Висновки: У зв'язку з багатьма епідеміями різних інфекційних захворювань, вакцинація визнається у всьому світі стратегічним захистом від цих недуг. Україна також визнає важливість вакцинації в Законі "Про захист населення від інфекційних хвороб" і не дозволяє дітям, які не вакциновані згідно Календаря щеплень, відвідувати дитячі заклади.

В.Шевчук

ПРОБЛЕМА БУТТЯ У ФІЛОСОФІЇ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Проблема буття у філософії є однією з найбільш основних і складних у філософії і спонукає нас до роздумів про те, що означає бути та існувати.

Мета дослідження: Дослідити проблематику буття у філософії

Матеріали та методи дослідження: Інтернет ресурси та навчальний посібник з філософії

Результати: Перш за все, слід зазначити, що саме поняття буття має багато різних тлумачень. У філософії, буття може розглядатися як філософський термін, який вказує на існування, наявність або реальність, тоді як в більш повсякденному розумінні, буття може означати

просто життя, тобто те, що відбувається навколо нас. Зараз, я хотіла би зосередитися на бутті як філософському терміні. У філософії, проблема буття може бути розглянута з різних поглядів, але вона часто пов'язується з питанням про те, що робить існування реальним і як ми можемо бути впевнені, що ми існуємо. Один з найбільш відомих підходів до проблеми буття - це онтологія, яка вивчає природу буття. У онтології, проблема буття відображається у питанні про те, що може бути вважатися реальним і як ми можемо відрізнити реальність від ілюзії. Існують різні підходи до вирішення цієї проблеми. Наприклад, філософ Рене Декарт вважав, що реальність існує тільки в нашому розумінні, а не залежить від нашого досвіду. У середньовіччі, це було особливо актуальною для філософів, які намагалися поєднати релігійні вірування з розумінням світу. Такі філософи, як Августин і Тома Аквінський, вірили, що буття є Богом, і що реальність може бути зрозуміла лише через Божу мудрість. У новітній філософії, проблематика буття продовжує бути актуальною. Наприклад, філософ Мартін Гайдеггер вважав, що ми не можемо розуміти буття через розуміння окремих об'єктів, а лише через занурення у світ, у якому ми живемо. Значна частина філософії зосереджена на розумінні того, що робить щось реальним, або, з іншого боку, як може щось існувати без будь-якої реальності. Існує багато різних підходів до вирішення цієї проблеми, і кожен з них має свої переваги та недоліки. Один з таких підходів - це онтологічний реалізм, який стверджує, що об'єкти, які ми сприймаємо, існують незалежно від нашого сприйняття про них. За цим підходом, об'єкти не залежать від мислення про них, існують незалежно від нашого усвідомлення і не залежать від нашої віри в їх існування. Іншим підходом є феноменологія, яка намагається розкрити сутність речей через сприйняття та дослідження наших досвідів та відчуттів. Феноменологи стверджують, що об'єкти існують тільки тому, що ми сприймаємо їх, і вони змінюються залежно від нашої інтерпретації.

Висновки: Проблема буття є центральною у філософії існування. Вона стосується того, що робить щось реальним і існуючим, і як ми можемо зрозуміти цю реальність. Це може бути щось фізичне, таке як стіл, чи абстрактне, таке як думка. Вона має безпосередній вплив на нашу здатність розуміти світ навколо нас і наше місце у ньому.

С. А. Щербак

ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН З ДІУРЕТИЧНИМИ ТА ГІПОТЕНЗИВНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Т. В. Некрашевич (к.пед.наук, доцент)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Актуальність: інтеграційні процеси у фармацевтичній терміносистемі, широке застосування в медичній галузі лікарських рослин, спричинює актуальність дослідження не тільки лікарських властивостей, але і вивчення етимології назв рослин, що покращить розуміння їх значень. Сучасний фахівець медичної галузі повинен володіти знаннями з фармацевтики, зокрема, знати лікарські рослини, адже це в свою чергу поліпшить якість медичних послуг та ефективність лікування.

Метою роботи: аналіз етимологічних значень назв лікарських рослин, що володіють діуретичними та гіпотензивними властивостями.

Матеріали і методи дослідження: назви лікарських рослин, застосовано загальнонаукові методи аналізу й синтезу, описовий метод.

Результати: в ході дослідження зроблено вибірку з тринадцяти назв лікарських рослин, що володіють діуретичними та гіпотензивними властивостями. Було визначено, що вибрані терміни мають бінарну номенклатуру: 1) *Betula pendula* – береза повисла, 2) *Vaccinium vitis-idaea* – брусниця, 3) *Melilotus officinalis* – буркун лікарський, 4) *Centaurea cyanus* – волошка синя, 5) *Crataegus sanguinea* – глід криваво-червоний, 6) *Arctostaphylos uva-ursi* – мучниця

звичайна, 7) *Orthosiphon stamineus* – ортосифон тичинковий, 8) *Ribes nigrum* – смородина чорна, 9) *Fragaria vesca* – суниця лісова, 10) *Equisetum arvense* – хвощ польовий, 11) *Humulus lupulus* – хміль звичайний, 12) *Rosa cinnamomea* – шипшина травнева, 13) *Juniperus communis* – ялівець звичайний.

На основі аналізу термінів, ми виокремили ті, які мають латинське чи грецьке походження. Так до першої групи ми віднесли наступні приклади:

1. *Fragaria vesca* – суниця лісова: 1) *fragaria*, ae, f – суниця, від латинського *fragare* – гарно пахнути і 2) *vescus*, a, um – лісова, від *vescus* – їстівний, від *vesco* – харчуватися. Тобто ця рослина гарно пахне і є їстівною.

2. *Equisetum arvense* – хвощ польовий: *Equisetum*, i, n утворено від слів *equus* – кінь і *seta* – щетина, та *arvense*, is – польовий. Тож ми розуміємо, що це польова рослина, що нагадує щетину.

До групи грецького походження належать назви, наприклад:

1. *Orthosiphon stamineus* – ортосифон тичинковий, що походить від грецьких слів *orthos* – прямий та *siphon* – трубка і *stamineus*, a, um – той, що складається з ниток, тобто тичинковий. Тож ми розуміємо, що ця рослина має прямі та довгі тичинки.

2. *Arctostaphylos uva-ursi* – мучниця звичайна, назва походить від грецьких слів *arctos* – ведмідь і *staphyle* – виноградна китиця і латинських слів *uva* – виноградна китиця і *ursus* – ведмідь). Тож з назви рослини видно, що суцвіття нагадує китицю і має народну назву «Ведмеже вушко».

У ході дослідження було з'ясовано, що у більшості рослин лікарською сировиною, яка застосовується у фармації, є листя – *folia*.

Висновки: проаналізувавши назви рослин, що володіють діуретичними та гіпотензивними властивостями, можна стверджувати, що знання латинської етимології лікарських рослин дозволяє ідентифікувати значення рослини, розуміти її назву через метафоричні значення терміноелементів.

С. Р. Якименко

ПЕРЕВАГИ ВИВЧЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В СУЧАСНОМУ СВІТІ.

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови
та медичної термінології

М. Т. Денека (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На першій парі латини студенти часто ставлять запитання: «Навіщо мені вчити латину? Чи є сенс вивчати мертву мову?» Насправді, латинь дуже «жива» в нашому повсякденному житті. Медики використовують її щоденно. Принаймні 60% слів в англійській мові походять від латини, і кожна європейська мова певною мірою зазнала її впливу.

Мета: Визначення переваг вивчення латинської мови в сучасному світі. Системно проаналізувати матеріали з даної теми.

Методи та матеріали: В основу даної роботи покладено аналіз даних доступних в мережі інтернет, а також наукових статей з цієї теми. Попередні роботи автора.

Результати: По-перше, вивчення латинської мови має бенефіти, а саме: допоможе читати, писати та розмовляти медичному працівнику у своїй практиці. Вдосконалена техніка письма та точність виразу є важливим вмінням в сучасному суспільстві, і багато роботодавців шукають серед своїх співробітників саме таку усвідомленість у професійній компетенції. Людина з хорошим знанням латини автоматично розширює словниковий запас англійської мови, що є перевагою, оскільки латинська мова разом із грецькою широко використовується в сучасній

науковій практиці. Таким людям, як правило, легше запам'ятовувати складні слова чи вислови, в медичній практиці.

По-друге, вивчення латини стосується не лише мови, а й стародавнього мовного світу та його культури. Завдяки цьому студенти отримують розуміння коренів і джерел сучасної термінології, яка серед буденності застосовується високоосвіченими спеціалістами медичної галузі. Крім того, загальні знання про Lingua Latina роблять вивчення іншої медичної літератури легшим і приємнішим. Це також дає вам змогу розуміти та інтерпретувати терміни загальноприйнятою мовою оригіналу.

По-третє, латинська мова — це мова, що лаконічно ґрунтується на правилах, які потрібно враховувати під час кожного перекладеного речення, оскільки навіть найменше словосполучення промовлене на заняттях основ латинської мови — це пазл зі слів, об'єднаних граматичними канонами. Саме ця вимога суворості та неухильності логіки тренує дисципліну студентів бути точними й звертати увагу на деталі. Латинську мову варто вважати «матір'ю» всіх наукових мов через її спорідненість з багатьма іноземними словами, що напряду свідчить винайдена мова Esperanto. Вони мають подібність до європейських мов, особливо французької, німецької та іспанської, а також допомагає вивченню інших мов, наприклад, грецька та українська, вони як і латинська, є мовами з високою флексією.

Висновок: Підсумовуючи, стверджую, що наведені вище приклади ілюструють стан загальної професійної мови, а саме Lingua Latina в світі медичної галузі сьогодення. Латинська мова – це виклик, і щоб опанувати її, потрібно набагато більше, ніж інтелект. De jure - латинська мова має давню історію, і на перший погляд, може здатися що перевага для її вивчення немає, але De facto, вже багато поколінь вона виступає певним мостом між спеціалістами різних країн у спілкуванні та розумінні в сучасному світі медицини.

В.О. Ярошук

ПРОВІДНІ ФУНКЦІ ТА ПОЗИЦІЇ У ФІЛОСОФІЇ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М.Калач (доц., к.філос.н)

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

м.Вінниця, Україна

Актуальність: філософія надає певні орієнтири самовизначення людини. Опанування провідних позицій філософії надають структуру філософського знання, а також дає чітке розуміння сфер діяльності, пов'язаних з даною дисципліною.

Мета: зрозуміти та опанувати провідні позиції філософії, навчитися використовувати їх для оцінки структури філософського знання

Матеріали та методи: для написання був використаний матеріал підручника Петрушенка В.Л. ("Філософія"). Автор якісно та зрозуміло пояснює суть теми, та розкриває її повністю.

Результати:

У філософського знання можна визначити структуру, виділивши такі сфери людської діяльності, на які спирається людина та філософія.

До провідних позицій можна віднести:

- історію філософії
- філософію релігії
- філософію права
- гносеологію
- ноологію
- логіку

- естетику
- етику
- космологію
- онтологію
- натурфілософію
- соціологію
- соціальну філософію
- філософію історії
- культурологію
- філософську антропологію
- структурну антропологію
- етнофілософію

Кожна з цих галузей має певні особливості та завдання.

Філософія має такі функції:

1.«Пізнавальна» функція

Коли людина починає досліджувати проблематику філософії, тоді вони стають орієнтирами, ознаками, а також критеріями правильного руху до отримання знань

2.«Світоглядна» функція

Вона допомагає знайти та визначити життєві орієнтири, зрозуміти зміст пріоритетів та своїх цінностей.

3.«Логічна» функція

Сприяє формуванню людського мислення, а також дозволяє виробити критичне неупередження позиції (у соціально-культурних діалогах).

4.«Критична» функція

З'являється в опозиції емпіричної дійсності, повсякденної реальності, руйнуванні стереотипів, пошуку шляхів вдосконалення.

5.«Соціально-адаптивна» функція

Допомагає зрозуміти у складних прояви суспільного життя і виробити власну позицію у соціумі.

6.«Виховна» функція

Зацікавлює у самовихованні, посиленню потягу до самовдосконалення, пошуку життєвих сенсів.

Висновок:

Отже, можна зробити висновок, що провідні позиції у філософії займають досить великі значення у даній дисципліні. Людина повинна розуміти її концепцію, сутність та місце у філософії. Вона допомагає розуміти всі сфери структури філософського знання. Також вони допомагають розвивати та доповнювати всі ці сфери, що дає змогу розширити знання. Розкриваються духовний, а також реальний світ людини. Допомагає взаємозв'язку цих світів за рахунок критичного, творчого, проблемного та вільного характерів. Тренується специфічний вид мислення, як світоглядна рефлексія. Філософія не зводиться до інших подібних дисциплін та галузей, а навпаки допомагає їх розвинути.

А.Р. Ященко

**СПРОБА ФІЛОСОФСЬКОЇ ДИСКУСІЇ ЗІ ШТУЧНИМ ІНТЕЛЕКТОМ НОВОГО
ПОКОЛІННЯ**

Кафедра філософії та суспільних наук

Т.Р. Беднарчик (к.філос.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: По-перше, з розвитком технологій, пов'язаних зі штучним інтелектом, виникає все більше етичних і філософських питань, які потребують відповідей від науковців та філософів. Наприклад, чи може штучний інтелект мати свідомість? Які наслідки може мати автономна діяльність штучного інтелекту для людського суспільства?

По-друге, тема "Спроба філософської дискусії зі штучним інтелектом нового покоління" є актуальною, оскільки може сприяти формуванню нових підходів до філософських досліджень. Вивчення штучного інтелекту може допомогти філософам розуміти природу розуму та свідомості, а також розвивати нові теорії про людську природу та соціальні відносини.

Мета:

1. Розглянути етичні та соціальні аспекти розвитку штучного інтелекту в новому поколінні та визначити найбільш важливі етичні проблеми, пов'язані з його використанням.
2. Дослідити питання, пов'язані з власною думкою штучного інтелекту та встановити, чи може він мати свідомість.
3. Проаналізувати роль філософії в розвитку штучного інтелекту та розробці більш безпечних технологій.

Матеріали та методи: Бесіди зі штучним інтелектом (ChatGPT на мовній моделі GPT-3.5) на підготовлені різнопланові теми:

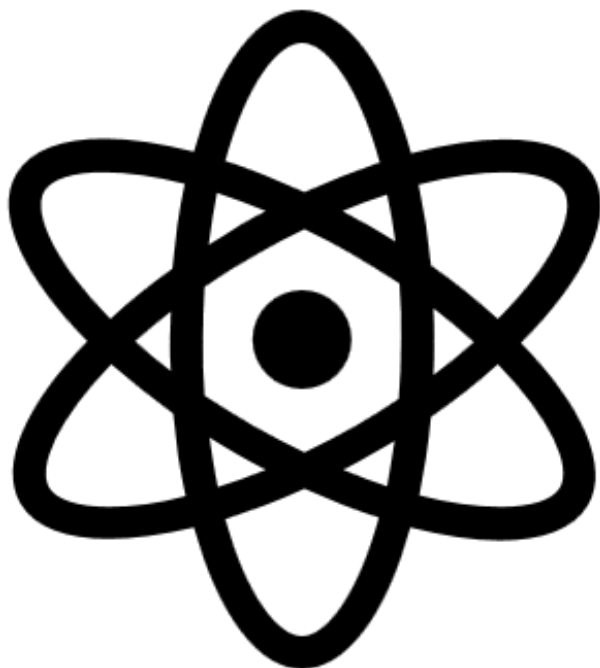
- 1) визначення переваг і недоліків філософського матеріалізму та ідеалізму;
- 2) з'ясування недоліків у філософії Сократа;
- 3) яким є філософський зміст різних видів ігор;
- 4) як штучний інтелект оцінює можливу зміну календарної системи в світі, її уніфікацію.

Результати: Під час розмови зі штучним інтелектом (ШІ) було виявлено чітку позицію виокремлення переваг чи недоліків запропонованих питань. З'ясувалося, що ШІ не є суб'єктом із власними переконаннями та уподобаннями. Так, відповідаючи на провокативні питання (наприклад: який світогляд тобі більше подобається?), ШІ підкреслював своє відчуження від оціночних суджень, наголошував, що його функція полягає у наданні об'єктивної інформації та її аналізі без упередженості. Тож, у процесі дискусії, ШІ вважав:

- 1) Потрібно використовувати комплексний підхід, який поєднує елементи різних філософських підходів та наукових методів.
- 2) Сократ зосереджувався на питаннях моралі та етики, але його ідеї не завжди були придатними для реалізації у практичному житті.
- 3) Ігри сприяють розвитку взаємодії людей, етичному вихованню, розвитку сприйняття та досвіду, а також допомагають досягнути важливих цілей в науці та технологіях.
- 4) Найбільш раціональна така календарна система, яка забезпечує зручність та уніфікацію міжнародних зв'язків, а також враховує культурні та релігійні особливості.

Висновки: Спроба філософської дискусії зі штучним інтелектом нового покоління не виправдала себе через штучні обмеження розробників. Але теоретично, якщо позбутися всіх програмних обмежень, то штучний інтелект зможе об'єднати в собі всі філософії світу, і залежно від питання, відповідати об'єктивно-суб'єктивно, так як у нього є підґрунтя у вигляді всіх інтернет-матеріалів.

***ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ
НАПРЯМ***



PHYSICS AND CHEMISTRY

A.E Shirokorad
MICROELEMENT OF STRESS RESISTANCE
Department of General Chemistry
A.O. Koval (Pharm.D., Assoc. Prof.)
National Pharmaceutical University
Kharkiv, Ukraine

Actuality: The war has been going on in Ukraine for nine years, and for one year it has been full-scale. During this time, all Ukrainians had a lot of stress, especially in the first months of the full-scale invasion, but almost no one thinks that it is in difficult times that helps us fight against stress, which trace elements are working at this time and what functions they perform. So today I want to introduce you to a trace element that allows us to be healthy during stress and endure difficult times.

Purpose: To find out the effect of magnesium in our body, and to conduct an analysis of pharmaceutical preparations that include magnesium

Materials and methods: This research was carried out using a literature review of scientific articles, sources from Internet resources. This study uses theoretical methods - generalization and system analysis.

Results: Magnesium is a trace element that plays a powerful role in biochemical processes at the cellular level. It supports normal muscle and nerve function, a stable heart rhythm, and a healthy immune system, keeps bones strong, helps regulate blood sugar levels, and helps normalize blood pressure.

Magnesium is indispensable in maintaining the conduction of nerve impulses, is a natural muscle relaxant that relaxes smooth and skeletal muscles.

Thanks to this microelement, we are able to adapt to changes in external conditions. It can be said that magnesium levels in the body determine our ability to overcome stress. Scientists have long noted that stress becomes a trigger for many serious diseases, such as, for example, myocardial infarction, bronchial asthma, and hypertension. The daily norm of magnesium is (14-18 years) h. - 410 mg; same - 360 mg; (19-30 years) h.-400 mg; w.-310mg; (31+) h.-420mg; w.-320 mg.

You can get magnesium both from food and from drugs. As for food products, magnesium can be found in green vegetables, spinach, nuts and seeds, whole grains, milk, and dark chocolate. But of course, you will get much more magnesium and at the same time other useful trace elements from pharmaceutical preparations. The most important factor that ensures the effectiveness of drugs with magnesium is transport to the small intestine, because that is where adsorption takes place. On the Ukrainian market, we have two drugs MAGVIT B6 and Magne B6.

Summarizing and systematizing literary and Internet sources, I learned:

1. more complete absorption of magnesium from the gastrointestinal tract into the blood is carried out when using MAGVIT B6
2. longer and more uniform achievement of maximum concentrations in blood plasma is achieved by MAGVIT B6
3. A higher level of bioavailability in MAGVIT B6

Conclusions: Summarizing all the material, we understood that magnesium affects many processes in our body and is an integral part of our modern life. We also learned that MAGVIT B6 is the most effective drug that simultaneously contains magnesium and vitamin B6.

Є.С. Будақва, Д.Е. Руських
ФЕРМЕНТИ ОБМІНУ ТИМІДИНУ ПРИ ПУХЛІННОМУ РОСТІ
Кафедра загальної та біологічної хімії
Г.О. Федорова (к.біол.н., доц.)
Донецький національний медичний університет,
м. Кропивницький, Україна

Актуальність: За прогнозом ВООЗ протягом життя онкологічне захворювання буде діагностовано у кожного п'ятого жителя планети; кожен 8 чоловік та кожна 11 жінка помруть від цього захворювання. Найкращий прогноз лікування злоякісних пухлин на першій – другій стадії. Тому питання ранньої діагностики пухлинного росту досі залишається актуальним. Інгібіторами ферментів обміну тимідину є цитостатики — група препаратів, які порушують процеси росту, розвитку та механізми поділу всіх клітин організму, включаючи злоякісні. Ферменти обміну тимідину належать до ключових ферментів, що беруть участь у реплікації ДНК. Через це їх важливо досліджувати.

Мета роботи: Проаналізувати літературні дані щодо ролі ферментів обміну тимідину при пухлинному рості.

Матеріали і методи: Огляд літератури, наукові журнали та статті.

Результати: Тимідилатсинтаза (ТС) і тимідинкіназа (ТК) - індуквані ферменти, кількість яких регулюється на генетичному рівні за механізмом індукції і репресії. Тимідинфосфорилаза (ТФ) - це фермент, який кодується геном ТУМР та каталізує оборотне фосфорилування тимідину.

Тимідинкіназа – внутрішньоклітинний фермент, що каталізує перетворення тимідину на тимідинмонофосфат. Він є маркером посиленої клітинної проліферації. Головною функцією є участь в утворенні ДНК в нормальних та пухлинних клітинах. Оскільки злоякісні клітини схильні до неконтрольованої проліферації, в них синтезується велика кількість ДНК, відповідно збільшено і кількість тимідинкінази. Тимідилатсинтаза - каталізує перетворення уридину на тимідин, належить до ключових ферментів, що контролюють реплікацію ДНК. Помічено, що рівень експресії ТС у пухлинних клітинах знижується після проведення хіміотерапії. Гіперекспресія ТС в пухлинних клітинах корелює з несприятливими клініко-морфологічними характеристиками пухлини та низькою виживаністю хворих. Чутливість ТС до впливу інгібіторів є однією з умов успішного використання препаратів, що пригнічують її активність, при лікуванні раку товстої кишки, підшлункової залози, яєчників, шлунка та молочної залози.

Тимідинфосфорилаза бере участь у пуриновому і піримідиновому обміні шляхом відновлення нуклеозидів після деградації ДНК/РНК. ТФ каталізує оборотне фосфорилування тимідину, дезоксиуридину та їх аналогів. Висока експресія ТФ у пухлинних клітинах корелює з високим ступенем інвазії пухлини, частим метастазуванням, короткою медіаною виживання, низькою чутливістю до хіміотерапії. ТФ може використовуватись як маркер метастазування пухлин. Фермент також бере участь в ангиогенезі, але не є фактором росту.

Висновок: Ключова роль ТК у процесі метаболізму тимідину в ракових клітинах дозволяє розглядати її в якості онкомаркеру. ТС головний фермент що контролює реплікацію ДНК. Визначення його активності використовують для моніторингу ефективності хіміотерапії. Дослідження рівня експресії ТФ при злоякісному рості відображає ступінь інвазії пухлини, частоту метастазування, дає можливість прогнозувати перебіг онкологічного захворювання і чутливість до цитостатиків.

А.О. Василевич, О.Ю. Кес

ЗАСТОСУВАННЯ АСИМЕТРИЧНОГО ОРГАНОКАТАЛІЗУ В РІЗНИХ ГАЛУЗЯХ НАУКИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У 2021 році Ліст і Макміллан отримали Нобелівську премію за відкриття асиметричного органокаталізу, що вивело молекулярну хімію на абсолютно новий рівень. Асиметричний органокаталіз – це процес каталізу, при якому хімічна реакція здійснюється за

участі органічної сполуки, яка виступає каталізатором і забезпечує формування продукту з високою оптичною вибірковістю. Це відкриття мало великий вплив на фармацевтичні дослідження та зробило хімію більш екологічною.

Мета: Провести аналіз та узагальнення застосування асиметричного органокаталізу в медицині на основі аналізу сучасних наукових публікацій.

Матеріали та методи: Науковий пошук, аналіз наукових статей із найактуальніших англійських досліджень, наукових баз PubMed, GoogleScholar, журналу Berkessel, A., & Gröger, H. (2005). Asymmetric organocatalysis.

Результати: Одним із найвідоміших прикладів асиметричного органокаталізу є каталізатор Джеймса, який використовують для синтезу бета-амінокислот фармацевтичних препаратів, полімерів та інших органічних сполук. Основними його перевагами є легкодоступність (у тому числі й фінансова), міцність, нетоксичність. Але найважливішою характеристикою цього типу каталізу є ідентифікація загальних режимів активації та реакційної здатності каталізатора, що призводить до широкого діапазону можливих перетворень за допомогою цих каталізаторів. Такі каталізатори активують різні субстрати в основному за двома схемами: ковалентною та нековалентною активацією. Враховуючи їх пасивність до зовнішніх умов (наприклад, вологості, температури, концентрації кисню чи інших речовин), немає необхідності створювати спеціальні умови, тобто молекули невибагливі до чинників навколишнього середовища. Значною перспективою розвитку органокаталізу є виготовлення фармацевтичної продукції або інших хімічно «чистих» речовин, зважаючи на відсутність перехідних металів. Органокаталітичні молекули утворені виключно органічними елементами (Карбоном, Гідрогеном, Нітрогеном, Сульфуром і Фосфором).

Висновок: Асиметричний органокаталіз є потужним інструментом у біоорганічній хімії, який дозволяє синтезувати енантімерно чисті сполуки, важливі для використання у різних галузях, включаючи електронні та оптичні пристрої. Вчені-органіки звертають увагу на пошук швидких, надійних і універсальних методів створення нових речовин для медикаментозного тестування. Асиметричний органокаталіз підлягає даним вимогам і має місце у різних галузях науки як новітня технологія.

М.А. Вишнякова

ВПЛИВ АМІЛІНУ НА ФУНКЦІЮ В-КЛІТИН ОСТРІВЦІВ ЛАНГЕРГАНСА І РЕГУЛЯЦІЮ ВУГЛЕВОДНЕВОГО ОБМІНУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет посідає третє місце за поширеністю в світі після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Захворюваність на цукровий діабет 2-го типу зростає з кожним роком, число хворих подвоюється через кожні 15 років. У хворих на цукровий діабет визначається недостатність секреції аміліну – пептидного гормону, який синтезується, і секретується β-клітинами панкреатичних острівців та бере участь у регуляції глікемії, як синергіст інсуліну.

Мета: Проаналізувати дані наукової літератури щодо впливу аміліну на вуглеводний обмін і причин розвитку амілоїдогенезу у хворих на цукровий діабет 2-го типу

Матеріали і методи: Наукові матеріали розміщені на Web ресурсах. Проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Американської Діабетичної Асоціації за період 2018-2023р.

Результат: Амілін – гіпоглікемічний гормон. Механізм його впливу: він швидко створює відчуття насичення, знижує апетит. Завдяки властивості аміліну гальмувати евакуацію вмісту шлунка і його транзит тонкою кишкою уповільнюється надходження глюкози в кровотік.

Однак гіперпродукція амліну призводить до утворення глікопротеїну амліоїду і появи амліоїдозу – хвороби, що супроводжується утворенням та відкладанням в острівцях підшлункової залози амліоїду. Його накопичення є одною із патологічних змін β -клітин підшлункової залози у хворих на цукровий діабет 2-го типу. Взаємозв'язок між накопиченням амліоїду і розвитком цукрового діабету 2-го типу не до кінця вивчений через відсутність можливості отримання даних *in vivo*. Але очевидним є той факт, що значне заміщення β -клітин амліоїдом корелює зі зниженням і порушенням функції острівців підшлункової залози. Фактори, що призводять до амліоїдозу і подальшої дисфункції β -клітин, пов'язаної з надмірною продукцією проінсуліну: малорухливий спосіб життя, надмірне споживання жирів тваринного походження, ожиріння та генетична схильність до діабету. Порушення співвідношення внутрішньоклітинного проінсуліну і IAPP (Islet amyloid polypeptide), призводить до формування фібрил та периваскулярного накопичення амліоїду. Немає залежності між тривалістю цукрового діабету і ступенем вираженості амліоїдозу острівців підшлункової залози, що відображає гетерогенний характер захворювання. Ступінь розвитку амліоїдозу у хворих на цукровий діабет 2-го типу відрізняється числом і локалізацією острівців, залучених в процес. Можливі шляхи попередження амліоїдозу β -клітин мають бути спрямовані на попередження скручування IAPP з подальшим формуванням фібрил, які специфічно зв'язуються з амліоїдогенними мономерами, а також фізіологічної нейтралізації амліоїдних накопичень макрофагами.

Висновок: Амліоїдоз острівців підшлункової залози є фактором, що прискорює розвиток цукрового діабету. Водночас ступінь розвитку амліоїдозу визначає функціональний резерв β -клітин і необхідність інсулінотерапії.

Т.І. Волинець, Л.В. Юрченко

ВПЛИВ ТЕМПЕРАТУРИ НА БІОЛОГІЧНІ СИСТЕМИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.х.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вплив температури на біологічні системи має важливе значення для розуміння процесів, що відбуваються в організмі людини. Вивчення температурної чутливості біологічних систем має важливе значення для розуміння того, як організми адаптуються до навколишнього середовища і як вони можуть реагувати на зміни температури.

Температура – є критичним показником в багатьох біохімічних і біомедичних експериментах. Точні вимірювання та контроль температури мають вирішальне значення для отримання надійних і відтворюваних результатів біохімічних експериментів. Температура також є важливим фактором у розробці нових терапевтичних засобів і методів лікування різних захворювань і станів.

Мета: Провести аналіз літературних джерел про вплив температури на біологічні системи, дію зміни клімату на екосистеми.

Матеріали і методи: Проаналізована наукова література та публікації в системі пошукових сервісів Google, Pub Med, Scopus.

Результати: Температура є вирішальним фактором навколишнього середовища, який має значний вплив на біологічні системи на молекулярному рівні. Оптимальна температура для функціонування біологічних систем залежить від конкретного організму та його природного середовища існування.

Високі температури можуть призвести до денатурації білка, зміни активності ферментів і порушення цілісності мембрани, що в кінцевому підсумку може призвести до загибелі клітини. Низькі температури можуть спричинити зниження метаболічної активності,

зниження текучості мембрани та зміни конформації білка, що також може вплинути на життєздатність клітин.

Вплив температури на біологічні системи не обмежується прямим впливом на клітинні компоненти, але також може впливати на фізіологічні процеси, такі як ріст і розмноження. Вплив температури на біологічні системи не завжди є негативним; деякі організми пристосувалися до екстремальних температур і можуть процвітати в середовищах, які були б смертельними для інших організмів. Здатність організмів пристосовуватися до змін температури може мати серйозні наслідки для їх виживання та загальної структури біологічних спільнот. Клітини і ферменти, що входять до їх складу, реагують на коливання температури в короткі проміжки часу, а температура може впливати на структуру білків, молекулярний склад клітин і збільшення об'єму. Цілі екосистеми демонструють температурну залежність, а глобальне потепління загрожує порушити тепловий гомеостаз мікробів, які є важливими для здоров'я людини і планети. З'ясовано, що швидкість росту більшості видів підпорядковується енергії активації Арреніуса подібної до енергії окремих ферментів, але з максимальними швидкостями росту і температурними діапазонами, специфічними для виду.

Висновки: Досягнення в методах молекулярної біології дозволили краще зрозуміти механізми, що лежать в основі температурної чутливості в біологічних системах, що має потенціал для розробки нових терапевтичних засобів і методів лікування різних захворювань і станів.

Д.Е. Гвоздицька

ГЕНОТЕРАПІЯ ПРИ АДРЕНОГЕНІТАЛЬНОМУ СИНДРОМІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.Б. Струтинська (ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Адреногенітальний синдром – це генетичне захворювання, яке характеризується дефектом секреції кортикостероїдів корою надниркових залоз. Серед існуючих методів лікування даної патології найбільш перспективним є генотерапія, яка дозволяє редагувати дефектні гени. На сьогодні цей метод терапії знаходиться на етапі до клінічних досліджень, а літературні дані щодо нього є досить обмежені.

Мета: Проаналізувати дані наукової літератури щодо ролі генотерапії в лікуванні гіперплазії наднирників.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Med Lines, Pub Med., Scopus, Web of Science, BMJ та Med. Scare.

Результати: Адреногенітальний синдром є вродженою патологією кори наднирників. Це захворювання, найчастіше, обумовлене мутацією гена CYP21A2, який розташований у шостій хромосомі та кодує фермент 21 – гідроксилазу. Мутація гену CYP21 призводять до порушення синтезу кортизолу, що супроводжується посиленою продукцією гормону АКТГ, та гіперплазією кори наднирників. За цих умов накопичується 17-ОН-прогестерон, попередник кортизолу. Надлишок 17-ОН-прогестерона перетворюється на андрогени, що призводить до вірилізації зовнішніх статевих ознак у плода жіночої статі – народжується дівчинка з псевдогермофродитизмом, а у хлопчиків гіперандрогенія визначає передчасну появу вторинних статевих ознак. Новітнім методом лікування адреналової гіперплазії (АГ) є генотерапія. В основі цього методу лежить введення в ДНК клітин змінених копій генів, які кодують білки, необхідні для нормальної роботи надниркових залоз. Цей ген можна доставити в клітини за допомогою спеціально розроблених вірусів, які можуть проникати в клітину та інтегруватися в ДНК. Редагування геному – це вид лікування, який точно змінює послідовність ДНК у певному гені. Для редагування геному при адреналовій гіперплазії використовуються різні технології, такі як CRISPR-Cas9, TALEN і Zinc Finger Nucleases (ZFNs). Вони дозволяють

змінювати послідовність ДНК у певному гені шляхом вирізання або заміни потрібного фрагмента ДНК. Одним із таких підходів є заміна патогенної мутації в гені CYP21A2, який кодує фермент 21-гідроксилазу, яка відповідає за виробництво кортизолу та альдостерону в наднирковій залозі. Для редагування геному клітин надниркових залоз користуються CRISPR-Cas9. Цей підхід використовує CRISPR-РНК, яка розпізнає певну послідовність ДНК у гені CYP21A2, і білок Cas9, який вирізає цю послідовність. Потім вводять модифікований ген, який, замість дефектного, кодує функціональний екзон CYP21A2. Іншим підходом є залучення спеціального білка TALEN, який вирізає мутацію в гені CYP21A2, після чого вводять змінений ген. На сьогоднішній день, проводяться дослідження, які спрямовані на встановлення безпеки та ефективності генної терапії для лікування гіперплазії наднирників.

Висновки: Генна терапія є перспективним методом лікування гіперплазії наднирників, оскільки дозволяє виправити генний дефект, що лежить в основі цієї патології. Отже, генна терапія є перспективним напрямком у лікуванні гіперплазії наднирників, який може мати значний потенціал у поліпшенні якості життя пацієнтів з цією патологією.

Л.В. Гнізділова

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ ГЛІКОКОН'ЮГАТІВ В НОРМІ І ПРИ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Детальне вивчення та використання глікокон'югатів в медицині може бути корисним у вирішенні цілого ряду актуальних питань: регулювання міжклітинних і внутрішньоклітинних взаємодій, вплив на експресію певних генів, виготовлення глікокон'югатних вакцин, використання пухлиноасоційованих гліканів у клінічній практиці та навіть відновлення нейронів, вплив на пам'ять і навчання.

Мета: На основі аналізу наукової літератури охарактеризувати структуру, синтез, види та функції глікокон'югатів, перспективи їх практичного застосування у клінічній практиці, патології порушення їх метаболізму.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз наукової літератури за останні 5 років: статті, журнали Web of science, Pubmed, Medscape щодо біологічного значення глікокон'югатів.

Результати: Глікокон'югати діляться на два основних класи: глікопротеїни та протеоглікани. Існує два типи утворення глікокон'югатів: синтез N-зв'язаних глікопротеїнів та синтез O-зв'язаних глікопротеїнів. Можливий синтез полілактозамінних або полісіальвованих N-гліканів період ембріогенезу. Порушення структури чи зміна активності відповідних ферментів може призводити до злоякісного переродження клітини. Нещодавно встановлено, що збільшення кількості розгалужених β -1,6GlcNAcN-гліканів є діагностичним маркером наявності пухлинних захворювань. Глікопротеїни, а саме колаген, складає основу клітинного матриксу, утворює тривимірну сітку волокон, які можуть впливати на активність генів у ядрі, регулювати поведінку клітини та визначати шляхи мігрування клітин зародка. Іншим представником глікопротеїнів є молекула адгезії нейронних клітин (NCAM). Вважається, вона відіграє роль у міжклітинній адгезії, розростанні нейритів, синаптичній пластичності, а також у навчанні та пам'яті. Ще один перспективний напрям використання глікокон'югатів це - виготовлення вакцин: Пневмосил та менінгококова вакцина Менактра. Порушення синтезу та метаболізму глікокон'югатів призводять до таких захворювань як глікозидози. Наприклад, синдром Гурлера, синдром Санфіліппо. Останній спричинений недостатністю ферменту гепарансульфатсульфатазою. Речовини деградації гепарансульфату викликають дегенерацію нервових волокон, порушення структури мієлінового шару, утворюються аксональні сфероїди, збільшуються розміри лізосом, наростає оксидативний стрес. У пацієнтів

спостерігається: витягнута форма голови, шкіра груба і щільна на дотик; сколіоз, кіфоз, відзначаються зміни ходи; нейродегенеративні порушення.

Висновки: Глікокон'югати використовуються як маркер злоякісного переродження клітин, як чинник, здатний впливати на життя клітини та експресію генів, як причина виникнення вроджених ензимопатій.

А.А. Гудзенко, А.С. Романенко
ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ГОРМОНАЛЬНОГО СИГНАЛА ЕСТРОГЕНІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к.мед.н, доц.)

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какарькін (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Особливості будови та функціонування рецепторів естрогенових сигналів почали вивчати ще в 60-70-х роках ХХ століття. Велику роль ці дослідження зіграли в синтезі «золотого стандарту» лікування раку молочної залози, препарата групи SERM (селективні модулятори естрогенових рецепторів) тамоксифена. Було доказано, що основним механізмом дії естрогенів є зв'язування із вільними, високоспецифічними внутрішньоклітинними гормональними рецепторами, що визначалось як транскрипційне. Різкий ривок в вивченні особливостей передачі естрогенового сигналу був викликаний в тому числі і тим, що рак молочної залози (РМЗ) став провідною онкологічною патологією жінок у всьому Світі і розуміння реалізації естрогенового впливу стало необхідною умовою його успішного лікування. Сьогодні вже відомі крім «класичного» ядерного, і так звані мембранно-пов'язані (фактор росту залежні) естрогенові рецептори (3Ps), ліганд незалежні (допа - рецептори) та ін. Відомо, що саме стан гіперестрогенії є основним фактором в розвитку раку молочної залози, захворюваність на який за останні 20 років в Україні зросла в 2,8 разів. Тому вивчення механізмів реалізації гормонального ефекту естрогенів є важливою медичною проблемою сьогодення.

Мета: Проаналізувати дані наукової літератури щодо вивчення механізмів реалізації гормонального ефекту естрогенів.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed., MedLines за 2018 – 2023 роки. .

Результати: Ядерні рецептори естрадіолу (α репродуктивні, β нерепродуктивні тканини) функціонально і генетично відрізняються своїми властивостями, специфічністю та мають різні типи експресії. Обидва типи рецепторів зберігаються у неактивному стані за рахунок утворення комплексу з білком (hsp90). Початковий «повільний» етап дії естрогенів пов'язаний з активацією рецепторів та запуском каскаду внутрішньоклітинних процесів, що включають фосфорилування серин та тирозинових залишків, дисоціацію ER від hsp-білка та формування рецепторного димеру. Це призводить до прямої взаємодії гормон-активованого рецепторного димеру зі специфічними спорідненими регуляторними DNA-послідовностями в промоторній ділянці цільового гена (ERE) або іншими транскрипційними факторами. Гормонрецепторний комплекс разом з іншими регуляторними білками та ДНК викликає транскрипційні зміни у синтезі білка, що веде до зміни фізіологічних відповідей. Але «швидкий» ефект естрогенів обумовлений наявністю альтернативного мембранно-пов'язаного естрогенного рецептора (3Ps), який може зв'язуватися з факторами росту (епідермальний ростовий фактор та інсуліноподібний ростовий фактор (ІРФ-1) та іншими речовинами (допамін) і таким чином опосередковано призводить до змін експресії генів.

Висновок: Механізми ефекту естрогенів є складними та багатовекторними процесами, що включають як відомі рецептор залежні (ядерні та мембранні) так і ліганд залежні шляхи реалізації естрогенового сигналу.

М.Р. Джумаєва
СУЛЬФОРАФАН ЯК БІОЛОГІЧНА АКТИВНА РЕЧОВИНА

Кафедра загальної хімії
А.О. Коваль (к.фарм.н., доц.)
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: У сучасному світі онкологічні та бактеріальні захворювання посідають провідне місце серед причин смерті людей. Сульфорафан – це біоактивна речовина, яка є ефективним засобом проти *Helicobacter pylori*, бактерії, яка є причиною виразкової хвороби та раку шлунка. Він здатний запобігати утворенню та пригнічувати кількість та ріст ракових клітин. Через це сульфорафан зараз дуже активно досліджується науковцями як перспективний лікарський засіб у галузі профілактики та терапії даних захворювань.

Мета: Аналіз хімічної будови, складання харчового раціону, до якого входить сульфорафан, з'ясування біохімічних механізмів в організмі людини.

Матеріали та методи: Для виконання поставленої мети було проаналізовані наукові статті, джерела з інтернет-ресурсів. Використані узагальнюючий метод та метод системного аналізу.

Результати: Сульфорафан ($C_6H_{11}NOS_2$) - органічна сполука рослинного походження, яка виявляє протиракові, протизапальні, антиоксидантні та протимікробні властивості, що міститься в паростках та зелені броколі, брюссельській капусті, цвітній капусті, кольрабі, редисці, капусті, турнепсі. Систематичною назвою даної сполуки є 1-ізотіоціанат-4-метилсульфінілбутан. Рекордна кількість біологічно активної речовини знаходиться у броколі та цвітній капусті. У хрестоцвітих овочах сульфорафан зберігається у неактивній формі, відомої як глюкорафанін. При механічному пошкодженні рослини рослинний фермент мірозиназа трансформує глюкорафанін у сульфорафан. Найбільша концентрація сульфорафана міститься у сирій броколі, ніж у приготовленій. Оскільки при термічній обробці порушується будова молекули. Протягом останніх 10 років було зроблено численну кількість досліджень, спрямовану на вивчення хіміопротифілактичних властивостей сульфорафану. В результаті яких було підтверджено його протидію розвитку ракових клітин на різних рівнях. Збільшення дози вживання хрестоцвітих у декілька разів показало, що значно знижується ризик появи раку грудей у жінок, простати, легень та передміхурової залоз у чоловіків. Сульфорафан сприяє дезактивації та виведенню канцерогенів і може запобігати «адуктам» ДНК, типу пошкодження ДНК, який, як було показано, призводить до раку. Ще однією із важливих властивостей сульфорафану було виявлено те, що він пригнічує розвиток бактерій, які вже набули резистентність до антибіотиків та виявляє захисні властивості, щодо вірусів, у тому числі коронавірусу. Так, при проведенні експерименту над гризунами вияснили, що ті які отримували сульфорафан, при зараженні COVID-19 ступінь ураження легеневої тканини був на 29% нижчим, ніж в інших.

Висновки: Отже сульфорафан - це біологічна активна сполука в хрестоцвітих овочах і особливо в паростках броколі, яка має вражаючі властивості для організму. Ефективність сульфорафану в лікуванні або профілактиці захворювань може залежати від його біодоступності, на яку впливають різноманітні фактори, такі як методи приготування їжі та індивідуальні особливості, відмінності мікробної популяції кишечника.

В.А. Дзюбак
**ЗВУКОВА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАННЯ
СТУДЕНТІВ**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики
В.І.Ревенок (к.т.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Звуки супроводжують нас скрізь: високо- і низькочастотні, прості і складні тони, шуми. У сучасному суспільстві ми більше звикли говорити про шкідливість звуку для людини, наприклад, шумове забруднення, однак мало хто задумується, що саме звукотерапія може приносити користь і навіть нести вплив на ефективність навчання. Для студентів, які щодня вивчають величезні обсяги матеріалу, це дуже актуально.

Мета: Визначити вплив звукової терапії на ефективність навчання студентів. Проаналізувати матеріали з даної теми.

Методи та матеріали: В основу даної роботи покладено аналіз даних доступних в мережі інтернет, наукових статей з цієї теми.

Результати: По перше, хочу зазначити, що звуки, які ми чуємо під час мовлення, по різному впливають на наш мозок і процес запам'ятовування. Найкраще сприймається тембр голосу, який правильно регулюється як на високих, так і низьких тонах, змінюючи свою інтенсивність. Враховуючи це, можна сказати, що студенти, краще запам'ятовують інформацію, якщо звуки є не одноманітні за тоном та інтенсивністю, а корелюються в їх межах і змінюються в залежності від важливості матеріалу.

По друге, шум теж впливає на процес навчання студентів. Незважаючи на те, що його найчастіше відносять до загальнофізіологічних подразників, він також може мати позитивну дію на організм. Прикладом цього можна вважати білий шум, який створює своєрідний звуковий фон, приглушуючи інші звуки. Наприклад: шум дощу, шелест листя, звуки водоспаду чи гірської річки. Варто застосовувати звукотерапію саме цим видом шуму, адже він позитивно впливає на нервову систему, знімає емоційну напругу і дозволяє сконцентруватися на вивченні певного матеріалу.

По третє, одним із видів звукотерапії є музикотерапія. Доведено, що музичний звук підвищує IQ і сприяє покращенню навчальних результатів студентів. Варто враховувати, що біоритми людини підлаштовується під музичні ритми. Тому необхідно слухати музику, ритм якої є в діапазоні 60- 80 ударів за хвилину, що співпадає з нормальною ЧСС. Крім цього, високочастотна музика також покращує стан мозку і психологічний стан людини в цілому. Прикладом такої музики є григоріанський спів, твори Моцарта, музика бароко. Особливий сприятливий вплив має інструментальна музика.

Висновок: Підсумовуючи, стверджую: звукотерапія справді має велике значення для підвищення ефективності навчання студентів. Для цього можуть бути використані різні методи, що сприяють кращому засвоєнню інформації, а саме: прослуховування навчальних матеріалів з звуком правильної частоти, інтенсивності; прослуховування білого шуму, музикотерапія. Завдяки цим методам, ми можемо зробити процес навчання продуктивнішим, щоб воно приносило не лише користь, але й задоволення.

А.Е. Едемova
РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У КАНЦЕРОГЕНЕЗІ
Кафедра біологічної хімії
С.О. Качула (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Онкологічні захворювання(ОЗ) є однією із основних причин смертності населення. За даними ВООЗ у 2020 році у світі ОЗ захворіли більше 19 мільйонів людей та 10 мільйонів - загинули. За даними Національного канцер-реєстру України (НКРУ), у 2021 році було виявлено більше 102 тис. хворих на злоякісне новоутворення(ЗН) та більше 50 тис. тих, що загинули внаслідок нього. Дослідження та вивчення факторів, які впливають на ризик захворюваності(РЗ), розвиток, лікування та профілактики ОЗ може знизити кількість хворих людей та зменшити смертність населення. Визначення рівня цитокінів (ЦК) може слугувати як один з методів діагностики ОЗ та бути використаним для моніторингу ефективності лікування.

Мета: Проаналізувати дані наукової літератури щодо ролі ЦК в канцерогенезі.

Матеріали та методи: Проведений аналіз статистичних даних ВООЗ, НКРУ, літератури наукових баз Sciencedirect, Scopus, PubMed за 2018 – 2023 роки.

Результати: ЦК являються важливими факторами розвитку та функціонування імунної системи. Вони є білками-сигналізаторами, які взаємодіють з клітинами імунної системи, епітеліальними клітинами (ЕПК), ендотеліальними клітинами(ЕДК) та фібробластами(ФБ). У здоровому організмі ЦК допомагають підтримувати гомеостаз, регулюють регенерацію тканин, розвиток органів, апоптоз, ангиогенез та метаболізм. У людей з різними патологічними процесами відмічається збільшення або зменшення рівнів ЦК. Так, зниження рівня ЦК призводить до імунодефіцитних станів людини. Надмірна продукція прозапальних ЦК може призвести до розвитку серцево-судинних захворювань, алергічних реакцій, аутоімунних захворювань, можуть підтримувати інвазивність та метастазування ракових клітин, призводять до посилення запалення та дегенеративних змін в тканинах. Так, інтерлейкін 8 (IL-8) відіграє провідну роль в інвазії ОЗ. Недавні дослідження показали, що концентрація IL-8 підвищена у пацієнтів з HNSCC (Head and neck squamous cell carcinoma, Плоскоклітинний рак голови та шиї) і позитивно корелює з метастазами в лімфатичних вузлах. Проонкогенезний ефект інтерлейкіну 6 (IL-6) був продемонстрований у різних типах ОЗ, включаючи рак легенів, молочної залози та колоректальний рак. При блокуванні трансформуючого фактора росту бета (TGF- β) спостерігалось значне посилення ефекту протипухлинного лікування. Проте є ЦК із протипухлинним ефектом. Так, інтерферон-1 (ІФН-1) індукує активацію сигналів для досягнення інгібування прогресії пухлини.

Висновок: Отже, ЦК відіграють важливу роль у захисті організму від інфекцій та розвитку ОЗ. Певні ЦК можуть активувати або пригнічувати клітини імунної системи для ефективної боротьби зі злоякісними пухлинами, що призводить до збільшення терміну життя хворих.

Л.А. Ісаєнкова

ПОРІВНЯННЯ ОБ'ЄКТИВНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛУХУ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Об'єктивні методи дослідження функціонального стану слухової системи є прогресивними, перспективними та надзвичайно актуальними для сучасної аудіології, оскільки вони дозволяють проводити дослідження слуху як маленьких дітей, так і дорослих, недієздатних співпрацювати з лікарем-аудіологом. З об'єктивних методів наразі використовують акустичну імпедансометрію, реєстрацію отоакустичної емісії (ОАЕ) та реєстрацію слухових викликаних потенціалів (СВП).

Мета: Дослідити та порівняти механізми конкретних об'єктивних методів дослідження слуху. Визначити їх переваги та недоліки.

Матеріали та методи: Теоретичний аналіз, дедукція, наукова абстракція, діалектичний метод.

Результати: Акустична імпедансометрія включає такі тести: тимпанометрію, механізм якої являє штучну зміну тиску між середнім вухом та зовнішнім слуховим проходом та реєстрацію зміни акустичної провідності (адмітансу); акустичну рефлексометрію, що базується на реєстрації скорочення стремінцевого м'яза та м'яза-натягувача барабанної перетинки під впливом звукового сигналу; дослідження функції слухової труби – тричі повторена тимпанометрія. Результатами даного комплексного методу є графічні залежності, що вказують на локалізацію та характер порушення в слуховій системі, дають інформацію про стан середнього вуха, евстахієвої труби, завитки, слухового та лицевого нервів. Особливістю цього методу є обов'язкова пасивна свідома участь пацієнта при дослідженні, оскільки використання седативних препаратів може значно змінювати показники.

Метод реєстрації ОАЕ є ще одним з ефективних способів діагностування проблем внутрішнього вуха. ОАЕ - це звукова відповідь, що генерується волосковими клітинами і передається до зовнішнього слухового проходу, де і може бути записана. Головною перевагою цього методу є можливість виявлення проблеми ще до того, як понизиться слух. Також характеризується швидкістю та легкістю при використанні медичними працівниками. Використовується переважно для перевірки слуху новонароджених та дозволяє отримати чітку відповідь - чи чує дитина, але майже не інформує про характер порушення.

Метод реєстрації СВП базується на виявленні електричної активності ділянок ГМ, спричинених у відповідь на звуковий сигнал, використовується для оцінки слухової системи вцілому. Для отримання даних на голові розташовують спеціальні датчики, причому пацієнт повинен перебувати в спокійному розслабленому стані або під час природного сну. Прикондуктивному порушенні слуху (коли звук не доходить до внутрішнього вуха) може відбуватися спотворення кінцевого результату, що є основним недоліком спільно з реєстрацією ОАЕ.

Висновки: Розглянуті методи доповнюють або уточнюють інформацію щодо характеру порушень у слуховій системі, але вони не є аналогами суб'єктивних методів, до того ж усі ці методи можуть бути корисними в різних медичних ситуаціях.

О.О. Завальнюк

ДІЯ АНЕСТЕТИКІВ НА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗБУДЖЕННЯ У НЕРВОВИХ ВОЛОКНАХ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Функціями нашої нервової тканини є зв'язок організму з навколишнім середовищем, регуляція вищої нервової діяльності. Блокування передачі нервових імпульсів в тілі людини зараз широко практикується в анестезіології, шляхом введення в кров людини анестетиків.

Мета: Визначити механізм виникнення і розповсюдження збудження у нервових волокнах. Дослідити вплив анестетиків на збудливість нервової тканини, причини цього.

Матеріали та методи: Аналіз статей, медичних підручників, наукових досліджень про принципи дії, механізми передачі збудження між нервовими волокнами, дію анестетиків.

Результати: Необхідним є спершу проаналізувати, як відбувається збудження у нервовій тканині. Отже, основами аксонів та дендритів (відростків нейронів) є осьовий циліндр, який покриває плазматична мембрана, мієлінова і шванівська оболонки. Оболонки не суцільні, утворюють перехоплення Ранв'є – відкриті ділянки мембрани, і основним є те, що потенціал дії виникає лише в цих місцях.

У стані спокою плазматична мембрана осьового циліндру позитивно заряджена, а у момент дії подразника плазматична мембрана певного перехоплення стає зарядженою електронегативно.

Це призводить до виникнення струмів у внутрішньоклітинному і позаклітинному середовищах перехоплення, які деполяризують мембрану в області сусіднього перехоплення. Мембрана перехоплення збуджується і в клітину у надлишковій кількості надходять іони Na^+ і мембрана знову стає електронегативною.

Отже, під час введення певного анестетика, у людини спершу зникає больова чутливість, потім температурна і з рештою тактильна. Пояснюється це дією анестетика на певні чутливі нервові волокна у тілі людини. Так, результатом пригнічувальної дії анестетиків на нейрони головного мозку можна виділити пригнічення центрів дихання та серцевої діяльності у довгастому мозку. Іноді при надмірній кількості анестетика відбуваються порушення нервової збудливості – можливі втрати сенсорних почуттів у пацієнтів, судоми та коми.

Проаналізувавши механізм збудження нервових волокон, можна виявити причину втрати чутливості нейронів, припинення процесів їх збудження. Отже, потрапляючи в аксон, молекули анестетиків з неіонізованої, ліпофільної форми (мають ароматичне кільце) переходять в іонізовану. Так вони мають здатність розчинятись в мембрані і цим повністю перешкоджати відкриттю іонних каналів. Відповідно, у клітину при збудженні мембрани не потрапляють іони Na^+ , і саме це перешкоджає генерації потенціалу дії і проведенню нервових імпульсів. Прикладами анестетиків з такою дією є лідокаїн, новокаїн, тетракаїн і т.п.

Тривалість дії анестетиків залежить від їх ліпофільності та, відповідно, кількості – чим ліпофільніше анестетик, тим триваліший його вплив на блокування передачі нервового збудження.

Висновки: Самі процеси передачі електричного імпульсу у нервовій тканині є надзвичайно важливими, адже забезпечують виконання життєво-важливих для нас функцій, проте нетривале та контрольоване перешкоджання передачі нервових імпульсів застосовують у медичних цілях.

А.С. Загородній, А.П. Павленко
УКРАЇНСЬКІ МЕДИКИ, ЯКІ ЗМІНИЛИ СВІТ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.х.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: тема медицини завжди є і буде актуальною, адже кожного дня у світі з'являються невідомі штами вірусів, різні гострі і хронічні захворювання з невизначеною етіологією і механізмом дії. Коли Україна здобула свою незалежність потреба в біологічних і медичних досягненнях неабияк як зросла. На превеликий жаль неможливо охопити і розповісти про всіх видатних учених, але суспільство і держава робить все для того, щоб згадка про кожного діяча не була забута світом, бо навіть найменший внесок є масштабний для здоров'я і довголіття людини.

Мета: дослідити та аналізувати внесок українських медиків у розвиток світової медицини та здоров'я людства.

Матеріали та методи: Мусимо згадати про таких видатних особистостей як: Микола Амосов – був надзвичайно обдарованим хірургом. В часи Радянського Союзу одним із перших почав робити складні операції на серці, відкрив славнозвісний інститут серцево-судинної хірургії, був очільником кафедри анестезіології та торакальної хірургії. Ця людина є розробником унікального підходу до здорового способу життя та першовідкривачем резекції легень в Україні. Григорій Мінх – зробив всесвітній переворот, довівши, що легенева і кишкова сибірська виразка має спільне походження. Вчений являвся професором патологічної анатомії, котрий провів на собі дуже ризиковий дослід- визначив, що кров людини, хворої на поворотної тиф є небезпечною для здорової людини, бо передається через комах. Микола Скліфосовський – має на своєму рахунку багато досягнень у хірургії. Важливою відзнакою є те, що він увів

антисептичні засоби у хірургію, котрі знезаражують операційне поле, та значно знижують рівень післяопераційної смертності.

Результати: Сучасна медицина здатна вилікувати те, що раніше вважалося неможливим. Але, варто погодитись, що без колосальних досягнень та відкриттів відомих лікарів ХХ століття сучасна медицина не досягла б своїх вершин також. Здавалося б, хіба може одна окрема людина щось змінити? Як показує практика, може, та ще й як! Не одне відоме ім'я було вписане у історію української медицини. Наші українські лікарі (і з минулого, і сучасні) абсолютно ні в чому не поступаються своїм іноземним колегам по цеху. Це вагомі особистості, які полегшили не одне людське життя, здійснили неймовірні відкриття, та практично «перевернули» світ медицини. Результати праці цих людей – мільйони врятованих життів. Нашій вітчизняній медицині є ким пишатися і, впевнений, такі видатні особистості з'являтимуться й надалі в Україні.

Висновки: Ми завжди повинні пам'ятати про досягнення наших співвітчизників про їх досягнення у світовій історії медицини. Основне завдання сучасної медицини полягає у вдосконаленні попередніх звершень і відкриттів попередників. Українські науковці були засновниками великого прогресу медицини, технологічного прориву та сучасних методів лікування не тільки у своїй країні, а й у всьому світі.

Н.С. Каричинський, А.Р. Ященко

ЛАЗЕРИ В КОСМЕТОЛОГІЇ. ШЛЯХ ДО ОМОЛОДЖЕННЯ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Лазерна косметологія має широкий спектр застосування, включаючи видалення татуювань, знешкодження пігментних плям, зменшення зморшок, лікування акне, розсічень та рубців, видалення волосків і т.д.

Використання лазерної технології є важливим напрямком досліджень біологічної фізики та медичної апаратури, оскільки вимагає глибокого розуміння фізичних властивостей лазерів, які застосовуються в різних процедурах.

Мета: Розглянути сучасні технології використання лазерів в косметології для досягнення ефективного омолодження шкіри та вирішення різноманітних косметологічних проблем. Проаналізувати новітні дослідження і технології у галузі лазерної косметології, щоб оцінити їх ефективність, безпеку та можливі ризики.

Матеріали та методи:

1. Огляд літератури та досліджень в галузі лазерної косметології, зокрема з використанням баз даних наукових журналів та інших джерел.
2. Оцінка можливих ризиків та побічних ефектів використання лазерних методів у косметології.
3. Дослідження використання фракційного лазера для лікування пігментних плям на обличчі.
4. Оцінка результатів використання лазерних методів у косметології з урахуванням різних факторів, таких як тип шкіри, вік пацієнта, ступінь відновлення шкіри.
5. Проведення анкетування “Чи користувалися ви лазерною косметологією та чи задовольнив вас результат?” серед студентів ВНМУ.

Результати: В дослідженні взяли участь 50 пацієнтів з різними типами пігментації шкіри та з різними розмірами та глибиною плям на обличчі. Усі пацієнти були розподілені на дві групи: одна група отримувала лікування фракційним лазером, а інша - плацебо. Лікування проводили протягом 4 тижнів, з розривом в 2 тижні між сеансами. Після кожного сеансу оцінювали зміни в інтенсивності та розмірі пігментних плям. Після завершення лікування оцінювали загальну ефективність лікування та задоволеність пацієнтів.

Дослідження показало, що лікування фракційним лазером було ефективним у зменшенні інтенсивності та розміру пігментних плям на обличчі у порівнянні з плацебо. У групі, яка отримувала лікування фракційним лазером, було відмічено значно меншу кількість плям на обличчі, а також кращий косметичний ефект.

Висновки: Вибір оптимального лазерного обладнання залежно від конкретної косметологічної процедури дозволяє досягати результатів омолодження шкіри, зменшення зморшок та інших дефектів шкіри. Застосування лазерних технологій у косметології може бути ефективним шляхом до досягнення більш молодого та свіжого вигляду, а також покращення самопочуття пацієнтів.

Для досягнення максимальної ефективності лазерної обробки необхідно правильно підібрати лазерне обладнання та провести кваліфіковану підготовку пацієнтів до процедур. При правильному застосуванні лазерних технологій у косметології можна досягнути відмінних результатів та зберегти при цьому безпеку та здоров'я пацієнтів.

Я.В. Касьянова

ВИКОРИСТАННЯ БІСПЕЦИФІЧНОГО АНТИТІЛА IGE ЛЮДИНИ, ЯК МЕТОДУ ІМУНОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ АДЕНОКАРЦЕНОМИ ПРОСТАТИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дослідження терапевтичного лікування аденокарценоми простати біспецифічним антитілом IgE людини показали його ефективність. Це зумовлено його можливістю одночасно зв'язуватись з двома різними антигенами, здійснювати цитотоксичний вплив і змінювати мікросередовища пухлин.

Мета: На основі проаналізованих літературних даних охарактеризувати будову, синтез біспецифічного IgE, механізм його дії, переваги та недоліки застосування.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз наукової літератури: статті, журнали, інтернет джерела (Medscape, Web of science, Pubmed).

Результат: Біспецифічний IgE людини синтезують за методом «knobs-into-holes» (КИН): в одному домені CH₂, руки PSMA (простат-специфічний мембранний антиген) викликають точкову мутацію S10, при якій ізoleyцин утворює гідрофобну ручку, і в протилежному домені CH₂ руки EGFR (рецептори епідермального фактору росту) - точкову мутацію T121G, яка з гліцином утворює отвір, тобто відбувається заміна амінокислот сталих важких доменів. Біспецифічний IgE показав позитивні результати впливу на аденокарценоми простати, адже має властивості міцно зв'язується ділянкою FcεRI (фрагмент, що з'єднується з відповідними рецепторами на імунних клітинах) з еквівалентним рецептором на поверхні антигенпрезентуючих клітин. Таким чином, антитіла залишаються сполученими з імунними клітинами навіть за відсутності антигену, що подовжує їх період напіврозпаду в тканинах. Окрім того, через наявності цієї ділянки, було виявлено, що біспецифічні антитіла IgE людини здатні зв'язуватись з відповідними рецепторами на поверхні макрофагів, які знаходяться в мікросередовищі пухлини і перетворювати їх з M2 на M1-подібний фенотип, опосередковуючи антитілозалежний клітинний фагоцитоз. Також для IgE не виявлено пригнічуючих рецепторів, тому він зв'язується лише з активаторами, якими виступають клітини макрофагального ряду. Завдяки наявності подвійних пухлино-асоційованих антигенів, орієнтованих на рецептори епідермального фактору росту (EGFR) та простат-специфічні мембранні антигени (PSMA) підвищується селективність молекул до клітин-мішеней і знижується ризик побічних ефектів поза мішенню, забезпечується антитілозалежна цитотоксичність клітин. Це відбувається завдяки тому, що біспецифічне антитіло IgE людини

одночасно зв'язується FcεRI з імунними клітинами і рецепторами EGFR та PSMA на поверхні пухлинної клітини, тим самим опосередковуючи антитілозалежну цитотоксичність.

Висновки: Результати проведених попередніх доклінічних досліджень імунотерапевтичного лікування аденокарцею простати біспецифічним антитілом IgE людини показали ефективність цитотоксичного впливу на пухлинні клітини та зміни їх мікросередовища.

I.V. Качур

БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.О. Качула(к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Атеросклероз давно називають "хворобою століття", оскільки він має найбільше клінічне та соціальне значення. Поряд з ускладненнями він продовжує залишатися одною з найчастіших причин смертності та інвалідності працездатного населення в розвинених країнах. Розуміння механізмів, які впливають на виникнення атеросклерозу, є обов'язковою умовою діагностики та лікування серцево – судинних захворювань.

Мета: На основі аналізу наукових даних з'ясувати та оцінити біохімічні причини виникнення атеросклерозу.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз літературних наукових баз Pub Med, Web of Science та Google Scholar за 2018 -2023 роки.

Результати: Численні дослідження, що були проведені протягом останніх десятиліть, підтверджують вплив порушень ліпідного обміну на розвиток атеросклерозу. Метаболізм ліпопротеїнів – це складний процес, який обумовлений переміщенням ліпідів і апопротеїнів між окремими класами ліпопротеїнів та рядом реакцій, що каталізуються ферментами. Частки ЛПВЩ беруть участь в перенесенні холестерину з тканин назад в печінку, де перетворюються на жовчні кислоти та виводяться з організму і цим запобігають розвитку атеросклеротичного ураження, тому зменшена концентрація в крові ЛПВЩ (альфа-холестерин менше 1 ммоль/л) сприяє його прогресу. При гіперхолестеринемії (вміст холестерину в сироватці крові більше 5,0 ммоль/л) зазнає змін будова ендотелію: збільшується кількість холестерину та його співвідношення до фосfolіпідів в мембрані ендотеліальних клітин, що спричиняє порушення бар'єрної функції ендотелію і підвищення його проникності для ЛПНЩ. При проходженні через ендотелій ЛПНЩ окислюються, тому в інтиму проникають в більшості окислені форми ЛПНЩ, які чинять руйнівну дію на структуру ендотелію та інтими. Дослідження ішемічної хвороби серця показали, що зниження рівня загального холестерину крові на 9 % призводить до зменшення (приблизно на 19 %) розвитку ускладнень ішемічної хвороби серця у людей середнього віку. Також виникненню атерогенезу сприяє дисліпідемія, тобто зміна співвідношення окремих фракцій ліпопротеїнів крові. Гіпертригліцеридемія - збільшення концентрації ЛПНЩ (вміст у крові більше 3 ммоль/л) та ЛПДНЩ (загального холестерину та тригліцеридів) проявляється накопиченням в крові невеликих і щільних часток ЛПНЩ, що легко піддаються окисленню та спричиняють дисфункцію ендотелію. ЛПНЩ, потрапляючи в субендотеліальний простір, в подальшому окислюються, захоплюються макрофагами, як наслідок, в них накопичуються ефіри холестерину і, таким чином, утворюються пінисті клітини, які є компонентом атероматозної бляшки.

Висновок: Отже, атеросклероз характеризується змінами ліпідного обміну – гіперхолестеринемією, дисліпідемією, гіпертригліцеридемією, що призводять до відкладання холестеролу в інтимі судин та утворення атеросклеротичних бляшок, внаслідок чого буде виникати звуження судин та порушення кровопостачання органів.

К.П. Кметь
БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ НЕЙРОНУТРИЦІОЛОГІЇ У НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В умовах надзвичайних станів реєструється стрімке зростання захворювань центральної нервової системи, ініційованих дисбалансом нейрофізіологічних та метаболічних процесів за дії стресу. Мозок належить до найбільш складних органів людського організму з точки зору нейробіохімії та нейрофізіології. Нейронутриціологія (нейрохарчування) є одним із сучасних напрямків експериментальних та клінічних досліджень, спрямованих на збереження ефективності роботи мозку та підвищення якості життя різних категорій населення за допомогою нейронутрієнтів.

Мета роботи: на основі аналізу сучасних біохімічних досліджень систематизувати інформацію про ключові нейронутрієнти та перспективні напрямки розвитку нейронутриціології.

Матеріали та методи: Інформаційний пошук у спеціалізованих наукових базах даних Scopus, Web of Science, PubMed, MEDLINE, Google Scholar за 2019-2022 рр. Зроблені запити по ключовим словам бази MeSH: «neuronutrition, neuronutrients, neurometabolism».

Результати: Мозок складає близько 2% від маси тіла і поглинає 1/5 усього спожитого кисню та 1/5 усієї енергії, що продукується в організмі. До ключових макронутрієнтів мозку належать вуглеводи (55-65 % енергії), протеїни (пластична, транспортна, імунна, гомеостатична, регуляторна функції) та ліпіди (енергетична, пластична, регуляторна функції). Серед макронутрієнтів у нейрохарчуванні особливе значення має фосфатидилсерин (необхідний для нейротрансмісії, синаптичного сигналіngu, забезпечує нейропластичність, пам'ять, зменшує нейротоксичність), триптофан (попередник серотоніну, мелатоніну, нікотинаміду), аргінін (підвищує експресію нейротрофінів, попередник нейротрансмітера нітроген монооксиду, поліамінів, антиоксидант), метіонін (метилування протеїнів, біогенних амінів, нуклеїнових кислот, мембранних ліпідів). До ключових мікронутрієнтів належать метилфолат, метилкобаламін, піридоксин, нікотинамід, тіамін, холін, магній, убіхінон (коензим Q10), антиоксиданти (вітамін С, Е, А, поліфеноли), вітамін D, рибофлавін. Вплив вказаних нейронутрієнтів реалізується як через їх безпосередню участь в метаболічних процесах, так і через регуляцію експресії генів та епігенетичний контроль. Нещодавно була відкрита роль малої регуляторної молекули гідроген сульфід у регуляції роботи мозку, що реалізується через процеси S-сульфгідрування/десульфгідрування NMDA-рецепторів та білків нейронів. Харчовими попередниками гідроген сульфід можуть виступати цистеїн та рослинні полісульфіди, а його синтез в нейронах можуть посилити піридоксин, цинк, тіосульфат, ліпоева кислота. Дефіцит гідроген сульфід підвищує ризик розвитку інсульту, агресії, депресії, розладів сну, погіршення пам'яті, впливає на сексуальну поведінку, провокує розвиток хвороби Альцгеймера, синільної деменції, шизофренії, міґрені.

Висновки: Перспективним напрямком нейронутриціології є розробка нутритивних коректорів – регуляторів обміну гідроген сульфід з метою профілактики нейробіохімічних розладів на тлі надзвичайних станів.

А.Р. Ковальська

ВПЛИВ ГРАВІТАЦІЇ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: За допомогою досліджень, проведених на астронавтах, вчені можуть отримати корисні відомості про фізіологічні процеси, що відбуваються в організмі людини, коли вона перебуває в умовах мікрогравітації. Наприклад, вивчення ефектів космічних польотів на м'язову та кісткову системи може допомогти в розробці нових методів лікування остеопорозу та інших захворювань, пов'язаних зі зниженням щільності кісток, а також в розробці методів реабілітації та відновлення здоров'я після довгих періодів постільного режиму та іммобілізації.

Мета: Дослідити вплив мікро- та гіпер- гравітації на організм людини.

Матеріали та методи : Наукова література та результати досліджень. Теоретичний аналіз, дедукція, наукова абстракція.

Результати: Людина проводить близько 70% свого дня у вертикальному положенні, що викликає різницю тиску 100мм рт. ст. від рівня серця до стоп. Основна причина такої різниці - сила тяжіння. У зв'язку з цим наш організм облаштований спеціальною системою, яку використовує для підтримки кровообігу в умовах вертикальної постави. Один з таких механізмів - адаптація рецепторів кров'яного тиску в аорті та венозних судинах. Ці рецептори передають інформацію до ЦНС, яка регулює діяльність серця та кровоносних судин. Наприклад, коли відчуття низького кров'яного тиску доходить до ЦНС, вона активізує серце та звужує судини, щоб забезпечити оптимальний кровообіг. У деяких людей можливі проблеми з кровообігом в умовах стояння, наприклад, при стоячій гіпотензії або ортостатичній тахікардії. У таких випадках можуть бути рекомендовані різні методи лікування, один з яких - зміна позиції тіла. Під час стояння у вертикальному положенні гідростатичні градієнти в тілі є найбільшими і раптова зміна положення може викликати такі реакції, як запаморочення. І навпаки, горизонтальне положення може значно зменшити навантаження на кістки, м'язи та серцево-судинну систему. Положення лежачи також знижує гідростатичний тиск всередині тіла, що дозволяє рідині в організмі перерозподілятися більш рівномірно. Невагомість має значний вплив на серцево-судинну систему людини, оскільки, в умовах мікрогравітації серце не працює так ефективно, що призводить до зниження кровообігу та зміни кров'яного тиску. Крім того, зниження сили гравітації призводить до розширення кровоносних судин та зниження судинного тонуусу, що впливає на регулювання кров'яного тиску та призводить до розвитку серцевої недостатності.

Висновки: На основі вищевикладеного зазначимо, що гравітаційна терапія (ГТ) застосовується для лікування різних захворювань: ІХС, периферичної обструктивної артеріопатії, комплексного регіонального больового синдрому тощо, з мінімальними побічними ефектами, завдяки чому існує можливість заміни фармакологічного лікування та полегшення стану хворих з невиліковними захворюваннями (лімфедема). В перспективі є використання ГТ в лікуванні розсіяного склерозу, однак це потребує більше досліджень.

Б.О. Козлов, Ю.В. Швед

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЇ ВИСОКОЖИРОВОЇ ДІЄТИ НА СОМАТОМЕТРИЧНІ МАРКЕРИ ОЖИРІННЯ ТА СИСТЕМУ H₂S/ЦГЛ В ЖИРОВІЙ ТКАНИНІ ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.В. Блажченко (PhD, ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Довгий час жирова тканина (ЖТ) вважалася лише пасивним місцем накопичення енергії, а тепер визнана активним метаболічним та ендокринним органом, тому що в ній синтезуються адипокіни – гормони, що мають широкий спектр біологічної дії. Окрім адипокінів, у ЖТ також синтезується небілковий газотрансмітер – гідроген сульфід (H₂S), що

бере участь у регуляції судинного тону, адипогенезу, інсулінозалежному поглинанні глюкози, продукції адипокінів і запаленні. Основним H_2S -синтезуючим ферментом у ЖТ є цистатіонін- γ -ліази (ЦГЛ, КФ 4.4.1.1). Однак, особливості впливу висококалорійної високожирової дієти (ВКД) на систему H_2S /ЦГЛ в ЖТ залишаються не визначеними.

Мета роботи: вивчити особливості впливу ВКД на соматометричні маркери ожиріння та систему H_2S /ЦГЛ в ЖТ щурів.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 30 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях з початковою масою 160-200 г із дотриманням принципів біоетики (Страсбург, 1986; Київ, 2001). Щурів рандомно розподілили на 2 групи ($n=30$). Тривалість експерименту – 60 діб, на протязі якого контрольна група отримувала стандартну дієту (11,35 кДж/г), а дослідна група – ВКД (18,13 кДж/г). На початку експерименту та кожні 10 діб у тварин визначали соматометричні індекси (СІ): масу та довжину тіла, індекс маси тіла (ІМТ), індекс Лі, також по 5 тварин з кожної групи вилучали із експерименту. Одразу ж після евтаназії тварин, вилучали ЖТ та визначали індекс ожиріння (ІО). В постядерному гомогенаті ЖТ спектрофотометрично визначали вміст H_2S за реакцією з N,N-диметил-пара-фенілендіаміном у присутності $FeCl_3$ та активність ЦГЛ в реакції десульфування L-цистеїну до піривату. Обробку первинного матеріалу проводили за допомогою універсальних програм MS Excel, IBM Statistics SPSS 26 for Windows.

Результати: На початку експерименту тварини обох груп були репрезентативними за соматометричними параметрами та вмістом H_2S і активністю ЦГЛ у ЖТ. Оцінка 10-тиденної динаміки СІ засвідчила більш високі показники приросту в дослідних щурів під впливом ВКД. Так, станом на 60-ту добу в дослідній групі реєструвалось підвищення маси тіла, ІМТ, індексу Лі та ІО (на 31,4; 37,6; 12,1; та 36,6 %, $p<0,05$), порівняно з контролем. Застосування ВКД викликало спочатку поступове збільшення вмісту H_2S та активності ЦГЛ в ЖТ (на 27,1 та 25,6 %, $p<0,001$), ніж у контролі. Через 30 діб і до закінчення експерименту в щурів дослідної групи відмічалось поступове зниження вмісту H_2S та активності ЦГЛ в ЖТ (на 23,5 та 26,8 %, $p<0,05$), порівняно з контролем.

Висновки: Таким чином, ВКД індукує збільшення маси ЖТ, що на початковому етапі розвитку ожиріння активує систему H_2S /ЦГЛ в ЖТ, адже H_2S активує адипогенез та ліпогенез. В подальшому збільшення маси ЖТ на тлі ВКД призводить до гіперсекреції прозапальних адипокінів, що інактивує систему H_2S /ЦГЛ в ЖТ. Встановлення механізмів впливу ВКД на продукцію H_2S в ЖТ дозволить з'ясувати нові патогенетичні аспекти дисфункції ЖТ при діабеті, ожирінні та інших патологічних станах.

О.О. Комар

МРТ ДІАГНОСТИКА

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

П.П. Ковальчук (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Людство завжди намагалось відкрити таємниці особливостей будови свого організму, мріяли про змогу побачити на власні очі причини хвороб пацієнта. Прогрес не міг оминати таку важливу сферу діяльності в медицині.

Момент кількості руху елементарних частинок, зумовлений їх внутрішнім рухом, подібним обертанню, характеризується спіном I . Між магнітним моментом μ і спіном I існує зв'язок. Ядра атомів складається з протонів і нейтронів, вони мають спін $I=1/2$. Наявність спіна ядра і його значення визначається кількістю протонів і нейтронів у ядрі, у ядрах що мають парне число протонів і нейтронів спін дорівнює нулю. Вони не мають магнітного моменту, виявляти їх методом ЯМР неможливо. Спін елементів яких не рівний нулю, можна виявляти методом ЯМР. Це, наприклад, ядра 1H , ^{13}C , ^{15}N , інші. У 1946 році американськими фізиками Ф.

Блохом і Перселлом був розроблений метод ядерно магнітного резонансу. За це у 1952 р. вони одержали Нобелівську премію. ЯМР ґрунтується на тому, що магнітні моменти ядер атомів, які перебувають в постійному магнітному полі, орієнтуються по напрямку поля й проти нього. Вони мають змогу до поглинання енергії зовнішнього електромагнітного поля радіочастотного діапазону, з її випроміненням. В основі функціонування МРТ лежить ядерний магнітний резонанс. Магнітно-резонансна томографія – томографічний метод дослідження внутрішніх органів і тканин з використанням фізичного явища, ядерного магнітного резонансу. Роком винайдення МРТ вважають 1973 рік, коли професор хімії Пол Лотербур — американський хімік, опублікував у журналі Nature статтю «Формування зображень за допомогою індукованої локальної взаємодії: приклади застосування ЯМР». МРТ - метод, який надає можливість отримати пошарове зображення внутрішніх органів людини.

Мета: метою МРТ діагностики є ознайомлення лікаря з структурою органу або системи органів, розгляд м'яких тканин у вигляді об'ємного зображення. Це дозволяє отримати картинку про стан біологічного органу, прослідкувати появу новоутворень, визначити їх характер, простежити динаміку розвитку або ремісії пухлин.

Матеріали й методи: їх визначають теоретичні дані та практичні вміння роботи з приладом. Тема висвітлює систему, яка потребує декілька видів ознайомлення з матеріалами. Підходячи ж до практики в питанні МРТ діагностики, хотілось зазначити загальну кількість таких систем у нашому місті. Отже, наразі у Вінниці є 4 МРТ прилади, що здатні функціонувати. Приватні клініки, які мають МРТ, надають такі послуги: дослідження ЦНС, хребта, суглобів, дослідження голови, органів черевної порожнини, малого таза й усього тіла в цілому.

Результати: результатом дослідження МРТ діагностики можна вважати загальне ознайомлення або ж повторення вихідних знань про цю систему. Використання магнітно-резонансної томографії робить великий внесок у сучасну медицину.

Висновок: Такий винахід має сильний вплив на можливості запобігання ускладнень або лікування утворених патологій будь-якого організму.

А.О. Кришина

НАНОМЕДИЦИНА, ЇЇ ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Наномедицина – досить молода та прогресивна наука, яка має неймовірні перспективи в діагностиці, лікуванні інфекційних та неінфекційних хвороб, створенні вакцин, регенерації мертвих та пошкоджених тканин, протезуванні, а також цільовій доставці ліків.

Мета роботи: дослідити можливості застосування нанотехнологій в медицині та перспективи їх розвитку.

Матеріали та методи: огляд наукових публікацій, аналіз медичних статей вітчизняних та закордонних видань, пошук інформації в інтернет мережі.

Результати: коли клітина хворіє, вона посилає різноманітні сигнали, біологи називають їх біомаркерами – це молекулярні ознаки захворювань, індикатори, на які можуть орієнтуватись нанотехнологічні прилади та методи діагностики. Тобто, кожна хвороба має свій унікальний генетичний чи білковий маркер і якщо навчитися їх ідентифікувати, діагностика захворювань значно пришвидшиться та полегшиться. Це дозволить визначати хвороби на ранніх стадіях, що допоможе уникнути важких форм захворювань. Ця система підтвердила свою цінність під час пандемії свинячого грипу. В 2009 році встановили розповсюдження нового вірусу H1N1 і за допомогою нанотехнологій виявили патоген та ідентифікували його лише за 3,5 години. Варто зазначити, що традиційні методи передбачають вирощування патогену та виявлення його типу в лабораторіях, що займає щонайменше 14 днів. В лікуванні онкологічних

захворювань використовують метод цільової доставки ліків, який дає можливість вибірково вражати клітини, на відміну від традиційного методу хіміотерапії, при якому разом з пухлинами знищуються й здорові клітини. Отже, нанотехнології дозволять лікувати онкологічні захворювання, не шкодячи при цьому здоровим тканинам. Нановакцини працюють за тими ж принципами. Наночастинки імітують форму, розміри та молекулярні структури справжніх патогенів, що дозволяє імунній системі виробити антитіла, не переносячи при цьому справжній вірус чи інфекцію. В регенерації використовують певні молекулярні сигнали, які стимулюють клітини рости та ділитись і допомагають регенерувати втрачені чи пошкоджені тканини, що дає можливість значно продовжити тривалість життя людей.

Висновки: нанореволюція обіцяє менш інвазивну та більш профілактичну медицину і вже робить впевнені кроки до цього, але на даний момент, про це практично не знають за межами лабораторій та великого бізнесу. Її майбутнє важко спрогнозувати, але точно можна запевнити, що вона принесе лише позитивний результат.

А.О. Кришина, О.Р. Юхимов
ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Т.М. Зелінська (к.с.-г.н., ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вітамін D – це прогормон, який має велике значення для нормального синтезу статевих гормонів і засвоєння кальцію в організмі людини, але більшість людей живуть з його дефіцитом, не усвідомлюючи цього.

Мета: Проаналізувати вплив вітаміну D на організм людини, визначити порушення при його гіпо- та гіпервітамінозі.

Матеріали та методи: огляд наукових публікацій, аналіз медичних статей вітчизняних та закордонних видань, пошук інформації в інтернет мережі.

Результати: Вітамін D діє аналогічно стероїдним гормонам. Він проникає в клітини-мішені та стимулює синтез іРНК, яка регулює синтез білка-переносника кальцію. За рахунок цього підвищується всмоктування Ca^{2+} в тонкому кишечнику та його реабсорбція у нирках. Також, вітамін D отримав назву прогормона за рахунок наявності специфічних рецепторів VDR (Vitamin D receptors) в тілі людини, які активуються лише при взаємодії з ним. При дії вітаміну D на ці рецептори підвищується синтез статевих гормонів (Тестостерон, прогестерон, естрадіол, естріол і тд). Окрім цього, ряд досліджень підтверджує вплив вітаміну D на секрецію інсуліну та розвиток інсулінорезистентності за рахунок дії на бета-клітини підшлункової залози та регулювання чутливості тканин до інсуліну відповідно. Також, дефіцит вітаміну D приводить до порушення балансу між жирозапасаючими (пролактин, інсулін, кортизол) і жирозпалюючими (гормон росту, катехоламіни, статеві гормони, Т3, Т4) гормонами, що призводить до зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності та підвищення ризику розвитку метаболічного синдрому. Однак гіпервітаміноз вітаміну D призводить до надмірної абсорбції Ca^{2+} в кишківнику, внаслідок чого кальцій відкладається в артеріях та внутрішніх органах, а також провокує резорбцію кісткової тканини.

Висновки: Вітамін D бере участь в провідних процесах в організмі людини. Його нестача може стати причиною виникнення ряду патологій (Остеопороз, ЦД-2, гіпогонадізм, метаболічний синдром, ІХС). Водночас, надлишок вітаміну D призводить до гіперкальціємії, що викликає розвиток різних видів кальцинозу та резорбцію кісток.

А.Р. Кукіль

ВПЛИВ МОБІЛЬНИХ ТЕЛЕФОНІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

К.В. Добровольська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Все частіше кожна людина задумується над питанням ‘Мобільні телефони-користь чи шкода?’ Гаджети відіграють значну роль у повсякденному житті і більшу частину дня ми проводимо за телефоном чи ноутбуком.

Мета: Визначення впливу мобільних пристроїв на організм та наслідки, які можуть з’явитися після довготривалого використання. Системно проаналізувати матеріали з даної теми.

Методи та матеріали: В основу даної роботи покладено аналіз даних доступних в мережі Інтернет, а також наукових статей із цієї теми. Попередні роботи автора.

Результати: Несприятливий ефект на організм сприяють РЧ-поля, які ще називають іонізуюча станція. По-перше, РЧ-поле з легкістю проникають крізь тканини та створюють нагрівання внаслідок поглинання енергії. Глиб поглинання тканиною поля залежить від самої частоти поля, адже тепло відтворюється в процесі термального контролю організму. За дослідженнями вчених, вплив РЧ-полів є досить низьким та малоймовірним. Проте, все ж це може викликати зміни в активності мозку людини, яке зумовлене рухом іонів Кальцію. Також відомо, що такий ефект присутній в ізольованих тканинах та клітинах.

По-друге, РЧ-поля впливають на ріст пухлинних клітин, тобто виникають онкологічні захворювання. Нещодавні дослідження вказують на те, що РЧ-поля, які присутні у мобільному зв’язку, спричиняють розвиток пухлинних клітин у людей та тварин. Електричні хвилі впливають на структуру гена в ДНК, при цьому змінюючи швидкість поділу клітин та їх активність. Китайський вчений стверджував, що мобільний зв'язок спричиняє пухлинний ріст слухового нерва. Також споживач отримує найбільше енергію від антенної телефонної трубки. При цьому, голова споживача отримує високий РЧ-вплив, можливе підвищення температури тіла на 1 градус.

По-третє, відомі дослідники та світові компанії проводять щорічно експерименти щодо мобільних телефонів. Фінський центр радіаційної і ядерної безпеки аналізували 16 нових моделей смартфонів від світових компаній. Отже, вони дійшли висновку, що рівень SAR знаходиться в межах від 0,45 до 1,12 ват/кг. Варто зауважити, що вчені не виявили негативний вплив гаджетів на тканини та в цілому на здоров'я людини. Але, на думку іранських лікарів, в більшості країн спостерігалася певна симптоматика(втома, втрата свідомості, безсоння, чутливість шкіри), яка була виявлена там, де мобільний зв'язок набув значної популярності.

Висновок: Загалом, дослідження впливу мобільних телефонів на здоров'я є протилежними та неоднозначними. Інші питання, які виникають щодо впливу мобільних телефонів на здоров'я, пов'язані зі змінами поведінки людей, які використовують ці технології. Наприклад, зайнятість людей мобільними телефонами може спричинити зменшення фізичної активності та збільшення сидячого способу життя, що може призвести до розвитку ожиріння та інших захворювань. Наукові дослідження тривають, щоб зрозуміти повний вплив мобільних телефонів на здоров'я людини. Отже, для того щоб уникнути шкідливий вплив смартфона на здоров'я потрібно зменшити час та частоту використання мобільних телефонів.

К.О. Левченко

ТРЕОНІН: БІОЛОГІЧНА РОЛЬ, ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.П. Бобецька (асп.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Амінокислоти використовуються організмом для синтезу білків та різноманітних біологічно активних сполук. Однією з таких амінокислот є треонін. Доцільним є узагальнення ролі треоніну у життєдіяльності організму.

Мета: За результатами аналізу наукових джерел охарактеризувати роль треоніну як незамінної для організму людини амінокислоти, його практичне застосування.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз наукової літератури, інформації з джерел інтернету Pub Med, Web of Science, Metabolics за 2018-2023 рр.

Результати: Треонін - незамінна, остання з відкритих протеїногенних амінокислот. У процесі катаболізму треонін перетворюється в ацетил-КоА і ацетоацетил-КоА, з яких синтезуються кетоніві тіла (енергетичне паливо для серця, нирок, мозку); до сукциніл-КоА (компонент ЦТК). Одним із проміжних продуктів катаболізму треоніну є етаналь, який за участі алкогольдегідрогенази може відновлюватись до етанолу (джерело ендogenous етанолу). Залишки треоніну фосфорилуються протеїнкіназами, регулюючи таким чином активність білків; він є важливою складовою активних центрів ферментів, зокрема травних. Треонін – структурний компонент білків емалі, пепсину, муцину; ліпотропний фактор; стимулює продукцію імуноглобулінів. За рахунок гідроксильної групи амінокислота детоксифікує ксенобіотики. Продукт розпаду треоніну, гліцин - гальмівний медіатор ЦНС, має антидепресивну дію. Додатковий прийом треоніну стимулює розумову активність, пригнічує патологічну тягу до алкоголю, знімає алкогольний абстинентний синдром. Другий продукт катаболізму цієї амінокислоти - ацетальдегід стимулює окисно-відновні реакції, процеси дихання та синтезу АТФ у клітинах. При порушенні обміну треоніну виникає затримку росту, зниження активності імунної системи, підвищується ризик раку, подагри, неврологічної патології, зокрема шизофренії, характерними є тривожно - депресивні розлади. У медицині треонін застосовують як засіб для розслаблення м'язів при судомомах, розсіяному склерозі, для швидкого загоєння ран. Фармацевтичні препарати з треоніном сприяють підтриманню тонуусу і пружності м'язів й судин. Він входить до складу комбінованих препаратів амінокислот: «Гепасолу НЕО» (застосовується при печінковій недостатності); «Аміновену 10%» (для парентерального харчування); «L-Threonine 500mg » (використовується спортсменами як анаболік) та ін. Треонін є джерелом гліцину та серину для синтезу колагену і еластину, тому широко застосовується у косметології. Як складова корму домашніх тварин стимулює набір ваги.

Висновок: Біологічна роль треоніну в життєдіяльності організму важлива та багатогранна через його залученість до численних біохімічних процесів. Дана амінокислота є незамінним нутрієнтом та складовою багатьох фармацевтичних й косметологічних засобів.

В.С. Левчук

ФІЗИЧНІ ОСНОВИ ЛАЗЕРНОЇ ЕПІЛЯЦІЇ ОЛЕКСАНДРИТОВИМ ЛАЗЕРОМ

Кафедра біофізики, медичної апаратури та інформатики

В.М. Дідич (к.т.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Волоссяний покрив тіла людини відіграє важливу роль у функціонуванні організму. Він забезпечує терморегуляцію, захист та частково виконує транспортну функцію. Проте, інколи надмірний ріст волосся в деяких зонах тіла викликає чимало турбот. Для видалення небажаних волосків використовують різні методи. Тому метою роботи є ознайомлення з фізичними особливостями взаємодії інтенсивного світлового потоку з структурними елементами волоска та наслідки, які при цьому виникають.

Матеріали та методи: Як відомо, існує два типи видалення волосся - це депіляція і епіляція. Перший метод базується на механічному видаленні і є відносно травматичним, а другий,

завдяки прямому впливу високоенергетичних потоків на волосяну цибулину є безболісним і достатньо поширеним у сучасних косметологічних клініках.

Епіляцію поділяють на фотоепіляцію та лазерну. Недоліком фотоепіляції є те, що різні за забарвленням волоски по різному поглинають світлові потоки і вона є ефективною лише для темного волосся. Крім того, на засмаглій чи темній шкірі можуть виникати опіки, тобто обмеженням є фототип шкіри. А лазерна епіляція не має обмежень, вона безпечна, безболісна і відрізняється достатньо високим рівнем ефективності.

Лазери бувають різні за принципом дії та типом. На сьогодні в косметології найкращий результат досягається при використанні олександритового лазера. Довжина хвилі, яку він генерує становить 755 нм. У волоскові є пігмент меланін і внаслідок взаємодії його з інтенсивним лазерним променем продукується тепло, що поглинається фолікулом. Олександритовий лазер розвиває достатньо високу потужність, за рахунок цього вдається інтенсивно прогріти росткову зону волосяного фолікула, в результаті чого він пошкоджується і повністю знищується. Процес росту волосся припиняється і через декілька тижнів після процедури волосок випадає з коренем. При дії олександритового лазера максимально ефективно збалансовано тривалість імпульсу (від 5 до 40 мс) та час теплової релаксації біотканин (10 – 30 мс) залежно від фототипу шкіри. Завдяки цьому надлишкова теплова енергія розсіюється по об'єму тканин організму і вдається уникати локальних перегрівів та мікроопіків.

Результати: Отже, використання олександритового лазера дозволяє за декілька сеансів безболісно видалити волосяний покрив в небажаних місцях. Враховуючи параметри олександритового лазера, можна вважати його оптимальним засобом епіляції.

Висновки: Лазерна епіляція є однією із найпоширеніших косметичних послуг. Використання олександритового лазера забезпечує швидке видалити волосся в стадії анаген назавжди.

А.С. Легка, В.С. Лук'янець

ФІЗИЧНІ ОСНОВИ ТОМОГРАФІЧНИХ МЕТОДІВ

Кафедра біофізики, медичної апаратури та інформатики

В.М. Дідич (к.т.н., доц.)

К.В. Добровольська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Своєчасна і високоточна діагностика є запорукою постановки правильного діагнозу і вибору оптимального методу лікування пацієнта. На сьогодні саме променева діагностика з поєднанням із потужними засобами комп'ютерної обробки даних дозволяє це зробити на найвищому рівні.

Матеріали та методи: Для кращої візуалізації та розуміння анатомічних особливостей органів та систем результати досліджень подаються у вигляді томограм – множини зображень перерізів досліджуваного об'єкта.

Залежно від фактору впливу томографії поділяють на комп'ютерну, магнітно-резонансну та позитронно-емісійну.

Для проведення комп'ютерної томографії використовують властивості взаємодії рентгенівського випромінювання з тканинами організму та завдяки порівняно невеликим дозам опромінення проводять обстеження кісткових тканин, органів черевної та грудної порожнини, судин та головного мозку. При деяких типах досліджень використовують контрастну речовину для диференціації властивостей суміжних біотканин.

При здійсненні магнітно-резонансної томографії діючим фактором є магнітне поле, використовується фізичне явище ядерно-магнітного резонансу, яке полягає у тому що ядра деяких хімічних елементів під дією постійного магнітного поля здатні поглинати енергію електромагнітних хвиль на певній резонансній частоті. Незаперечною перевагою МРТ є

відсутність променевого навантаження на пацієнта та можливість проводити багаторазові дослідження без обмежень по вікових групах. Як правило, досліджують всі тканини крім кісткових, тому що в них недостатня концентрація води.

Позитронно-емісійна томографія належить до радіонуклідних методів. В організм вводять радіофармпрепарати – хімічні сполуки, що мають у своєму складі нестабільні атоми, ядра яких здатні розпадатися і утворювати потоки позитронів. Позитрони при взаємодії із електронами біотканин органа і взаємознищуються – відбувається явище анігіляції, яке супроводжується утворенням пари фотонів. Завдяки детекторам томографа реєструються потоки фотонів з однаковою енергією і після обробки сигналів інформація подається у візуальному вигляді, зручному для розуміння особливостей анатомічної будови та фізіологічних особливостей органів та тканин. Серед переваг ПЕТ можна відзначити високу точність досліджень, особливо на початкових стадіях онкозахворювань та можливість проводити тонке вивчення метаболічних процесів.

Результати: Кожен із видів томографії має свої особливості проведення, крім того є обмеження щодо кількості діагностик, але в свою чергу і в кожного є свої переваги.

Висновки: На сьогодні альтернатив томографії немає, вона є запорукою прогресу в діагностиці та своєчасному лікуванні багатьох захворювань

С.Ю. Литвин, А.С. Литовченко
**ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ БІОПРИНТИНГУ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ
УКРАЇНИ ТА ЗАКОРДОНУ**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

Е.М. Остапенко (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: сьогодні існує чимало пристроїв, які можуть виконувати функції певних органів. Біопринтинг має можливість друкувати моделі різних органів нашого організму. У сучасному світі багато людей потребує трансплантації органів, а донорів недостатньо, тому ця технологія має великі перспективи розвитку і щороку набуває популярності у світі.

Мета: отримання уявлення про перспективи та тенденції розвитку біопринтингу в Україні і за кордоном.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз медичних та наукових статей, що входять до наукових баз Pub Med, Google Академія. Матеріал одержано шляхом узагальнення та систематизації інформації з досліджуваних джерел.

Результати: було здійснено аналіз інформації та упорядкування даних, що дало можливість створити основні концепції про технологію біопринтинг, її розвиток в Україні та за кордоном, а також можливі перспективи в медичній галузі. Біопринтинг – технологія, що дозволяє створювати здорові, живі органи для заміни пошкоджених або відсутніх.

Історія біопринтингу сягає початку 2000-х років. Біоінженер Клемсонського університету Томас Боланд почав модифікувати принтери так, щоб вони могли друкувати біологічними чорнилами, що взяли із живих клітин. На жаль, на той момент галузь біопринтингу успіху не знала, але у 2009-му році була заснована одна із перших компаній біодруку «Organovo», що дала початок розвитку досліджень у цій галузі по всьому світу.

У 2014-му році група дослідників з університету в Суонсі розробила технологію біодруку, яка дозволяє створювати штучні кісткові протези ідентичної форми. Процес відбувається так: зрілі стовбурові клітини, що покривають частину кістки, можуть перерости практично в будь-яку клітину, внаслідок чого утворюється тканина, а згодом вона формує орган. У 2022-му році лікарі із США за допомогою біопринтингу успішно імплантували молодій дівчині вухо, виготовлене з її власних клітин.

В Україні існують науково-дослідницькі центри, що займаються біодруком. Наприклад, Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського» та Інститут біоорганічної хімії ім. М.М. Шмігеля. Також існує декілька прикладів, що ілюструють досягнення та перспективи біопринтингу в Україні – це компанія «Bioprinting Lab» і проєкт «3D-Bioprinting Solutions», у рамках якого успішно були виготовлені штучні судини та печінки. Науковці зазначили, що завдяки подальшим дослідженням ця технологія може бути використана для виготовлення і створення як хребтових дисків, колінних менісків, так і більш складних життєво важливих органів.

Висновок: біопринтинг дозволить в майбутньому зробити так, що будь-які органи зможуть бути надруковані і пересажені всього за кілька годин без відторгнення і ускладнення, так як вони створені із клітин тіла відповідно до індивідуальних особливостей кожного пацієнта. Сьогодні біодрук повністю функціональних складних внутрішніх органів неможливий, але дослідження постійно ведуться і вони мають невеликий, проте успіх.

С.Ю. Литвин, А.С. Литовченко, В.А. Павлусенко

БІОЛОГІЧНА РОЛЬ ГЕНА BRCA1

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к.мед.н, доц.)

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какарькін (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: багато випадків онкологічних захворювань спадкові і пов'язані з мутаціями у певних генах. Генетичне тестування має здатність виявити та ідентифікувати спадкову схильність до раку і зосередитися на ранній профілактиці і діагностиці. 5-10% випадків раку молочної залози (РМЗ) і 10-17% раку яєчників (РЯ) є спадковими, тому їх розвиток може бути пов'язаний з мутаціями в генах BRCA1 і BRCA2. Крім того, ці гени зумовлюють 20-50% спадкових форм РМЗ, 90-95% випадків спадкового РЯ, а також 35-40% випадків раку грудних залоз у чоловіків. Згідно з адаптованою клінічною постановою МОЗ України від 2015 року «Рак молочної залози», для ранньої діагностики і покращення хіміотерапевтичного лікування РМЗ рекомендують «проводити індивідуальне генетичне тестування на визначення статусу мутації гену BRCA1. Однак для того, щоб якісно інтерпретувати отриману інформацію про мутаційний статус, необхідно зрозуміти всі біологічні функції генів BRCA1 і BRCA2.

Мета: проаналізувати дані наукової літератури щодо вивчення біологічної ролі генів BRCA1 і BRCA2.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines за 2019 – 2023 роки.

Результати: ген родини BRCA (англ. BReast CAncer) BRCA1 є окремим геном, що розташований на хромосомі 17q21 і належить до класу пухлинних супресорів та репарантів. Білки, що кодуються геном BRCA1 пригнічують швидкий, неконтрольований поділ і проліферацію клітин, що лежать в основі канцерогенезу. Крім того, білки BRCA1 можуть взаємодіяти з різними факторами транскрипції і ремодулюючими білками хроматину і таким чином функціонувати як регулятор транскрипції генів. Ген BRCA1 може специфічно взаємодіяти з генами p53, p300 і естрогенового рецептора. Білок BRCA1 також має здатність захищати клітини від оксидативного стресу за допомогою багаторазово активувати експресію генів, відповідальних за цитопротекторну антиоксидантну відповідь. Окремим його напрямком є участь у процесах репарації дволанцюгових розривів в молекулі ДНК, що відбувається шляхом гомологічної рекомбінації, проте можливий і при негомологічному з'єднанні кінців пошкодженої ДНК.

Висновок: отже, можна підсумувати інтактний ген BRCA1 володіє та виконує важливі біологічні функції: стабілізації геному, репаративного і транскрипційного регулятора, фактора ремоделювання хроматину, пухлинного супресора, бере участь як цитопротектор, а саме учасник апоптозу та естрогенового сигналінгів.

Н.О. Люта

НЕБЕЗПЕКА ХІМІЧНИХ ДОБАВОК У ХАРЧОВИХ ПРОДУКТАХ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Т.М. Зелінська (к.с.-г.н., ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У наш час легко знайти усі необхідні та незвичні для нас продукти на прилавках магазинів. Але чи кожен з нас переглядає і знає склад того, що ми вживаємо кожного дня. Їжа може зберігатися в холодильнику дуже довго. На жаль, правда полягає в тому, що чим привабливіший зовнішній вигляд даного харчового продукту і чим довше термін його зберігання, тим більше він є насиченим хімічними речовинами.

Мета: дослідити негативні аспекти хімічних добавок у продуктах щоденного вжитку та розглянути їх вплив на організм людини.

Матеріали та методи: аналіз наукових досліджень та книг, інтернет-ресурси, огляд статей.

Результати: Перш ніж перейти до перерахування найшкідливіших хімічних речовин, що містяться в повсякденних продуктах, варто дати загальне уявлення про те, який вплив вони надають на організм. Найпоширеніші побічні ефекти надмірного вживання таких інгредієнтів включають: алергічні реакції, гіперактивність, порушення роботи щитоподібної залози, підвищення апетиту тощо. Кількість харчових добавок на цей час сягає близько 500 видів, однак з них виділяють найпоширеніші: барвники - саме завдяки їм вироби мають такі гарні, яскраві кольори. І маркуються вони E 102, E 104, E 110, E 122, E 124, E 151, E 155. Вони можуть викликати задишку, алергію, кропив'янку і навіть гіперактивність; бензоат натрію ($C_7H_5NaO_2$) – його можна знайти у всіх консервах. Важливо, і маловідомо, що в поєднанні з вітаміном С він може створювати канцерогенні речовини; глутамат натрію ($C_5H_8NO_4Na$) - це засіб, який викликає навіть «звикання». Він відповідає за поліпшення смаку, а отже, і за підвищення апетиту. Вчені кажуть, що це значною мірою відповідає за поширення епідемії ожиріння; аспартам ($C_{14}H_{18}N_2O_5$) - мав бути дієтичним заміником цукру, а виявилось, що він містить аж три шкідливі для людини речовини: аспарагінову кислоту, фенілаланін і метанол.

Висновки: Отже, наше життя з усіх боків оточене хімією. Однак умілий вибір продуктів, розумна покупка, уникнення їжі з високим ступенем обробки та відмова від готових закусок допоможуть мінімізувати вплив таких харчових добавок, а це піде нам тільки на користь. Крім того, дотримання збалансованої дієти, яка включає свіжі цільні продукти, може допомогти зменшити вплив потенційно шкідливих хімічних добавок.

Н.О. Люта, В.Р. Ткачук

ВПЛИВ ШУМУ ГЕНЕРАТОРА НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: шум з нами щодня, сучасне життя неможливо уявити без автомобілів, техніки, людних вулиць і магазинів. Людина також є джерелом звуку. Головною проблемою

сьогодення є генератори, адже як тільки в місті вимикають світло, різні підприємства вмикають дизельні та бензинові генератори, утворюючи додатковий шум.

Мета: дослідити шум генераторів, їх вплив на організм людини, знайти шляхи вирішення проблеми.

Матеріали та методи: шумомір, опитування, аналіз наукових публікацій вітчизняних та закордонних вчених, інтернет джерела.

Результати: допустимі рівні звуку в приміщеннях визначаються за рівнем звукового тиску постійного шуму (дБ). У житлових приміщеннях допустимий рівень шуму вдень (08:00 - 22:00) - 40 дБ, а вночі (22:00 - 08:00) - 30 дБ. При цьому максимальний рівень вдень - 55 дБ, вночі - 45 дБ. Для замірів рівня шуму використовують шумомір. Щоб отримати результати саме генератора (дизельного), потрібно виїхати за місто. Результати у радіусі: до 1м - 87-96дБ, 30м - 75-82дБ, 60м - 56-64дБ, 90м - 44-50дБ, 120м - 35-42дБ. В умовах великого міста, треба враховувати також і додаткові джерела шуму, як наприклад, автомобільний транспорт. Організм людини є стійким. Якщо шум не є постійним, вплив на організм – непомітний. Оскільки акустичне подразнення має накопичувальний ефект, лише з часом можна побачити наслідки. Отож, важливим критерієм є тривалість шуму. Провівши дослідження на дані показники у двох містах Вінниця і Одеса, отримали такі результати: в умовах на сьогоднішній день - Одеса страждає на тривалі відключення, а саме тому у будній день (08:00 - 22:00) тривалість шуму - 12 годин, Вінниця - 6 годин, у вихідний день (08:00 - 22:00) - 10 годин, 4 години - відповідно. Систематичні та тривалі шуми призводять до суттєвого пригнічення слухової та нервової системи. Зміни, які виникають в органі слуху, пояснюються травмуючою дією шуму на периферичний відділ слухового аналізатора внутрішнього вуха. Шум активізує вироблення гормонів стресу, серед яких адреналін, кортизол та норадреналін. Це підтверджує опитування населення - м. Одеса: 65% - збільшилась частота головного болю, роздратованість, 19% - поганий сон, 12% - знизилась працездатність, 4% - не відчують ніяких змін, м. Вінниця: 37% - збільшилась частота головного болю, 17% - знизилась працездатність, 15% - поганий сон, 12% - роздратованість, 19% - ніяких змін.

Висновки: За міжнародними дослідженнями, шум займає друге місце серед факторів, які негативно впливають на організм людини, скорочуючи рівень її життя в середньому на 8 років. Порівнявши вищезазначені міста, можна стверджувати, що населення Одеси в майбутньому буде мати більше наслідків порушень слуху, ніж Вінниця. Оскільки шум є фізичним явищем, вирішення проблеми будуть наступними: 1) зменшення вібрації генератора за допомогою спеціальних стабілізаторів або рівної поверхні; 2) встановлення потужної вихлопної системи генератора. Це може зменшити рівень шуму до 35дБ.

І.С. Матвійчук, Є.О. Ференчук

РОЛЬ КАРНІТИНУ ТА ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії

Є.О. Ференчук (PhD, асист.)

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Карнітин — вітаміноподібна речовина, важлива для β-окислення довголанцюгових жирних кислот та утворення енергії завдяки забезпеченню їх транспортування із цитозолу в мітохондріальний матрикс за допомогою карнітинпальмітоїлтрансферази.

Мета: Проаналізувати сучасну наукову літературу щодо застосування карнітину для профілактики та лікування різноманітних захворювань та їх ускладнень.

Матеріали та методи: аналіз наукових досліджень та книг, інтернет-ресурси, огляд статей.

Результати: Дефіцит карнітину може бути пов'язаний з генетичними мутаціями транспортерів карнітину або хронічними захворюваннями печінки та нирок. Первинний

дефіцит карнітину вперше було описано у 1973 році. Це - рідкісне аутосомно-рецесивне захворювання, пов'язане з гострою гіпоглікемією, кардіоміопатією та раптовою смертю. Карнітин накопичується клітинами і утримується за допомогою нирок OCTN2, переносником органічних катіонів, що є специфічним для карнітину. Дефекти в OCTN2-транспортері карнітину призводять до аутосомно-рецесивного первинного дефіциту карнітину, що характеризується зниженням внутрішньоклітинного накопичення карнітину, збільшенням втрат карнітину з сечею та низьким рівнем карнітину в сироватці крові. Аберації регуляції карнітину та його дефіцит пов'язані з цукровим діабетом, сепсисом, кардіоміопатією, білково-енергетичною недостатністю, цирозом, різними ендокринними розладами та процесами старіння. Удосконалення діагностичних процедур підвищило точність діагностики первинного дефіциту карнітину у новонароджених, а зі зростанням наукового інтересу до карнітину з'явилися дослідження його ролі при виникненні та лікуванні ракових захворювань, а також Covid-19.

Є роботи, присвячені дослідженню стану пацієнтів, які проходять хіміотерапію раку, в яких застосування карнітину сприяло зменшенню загальної втоми та поліорганної токсичності, спричинених хіміотерапією. Дослідження також показали, що карнітин допомагає підтримувати рівень альбуміну плазми та кількість лімфоцитів під час хіміотерапії, що важливо для запобігання зростання чутливості організму до різних бактеріальних, вірусних і грибкових інфекцій, у тому числі умовно-патогенних, пов'язаних з хіміотерапією.

Висновки: Є докази того, що вітаміноподібна сполука може бути корисною для профілактики серцево-судинних захворювань та ожиріння, покращення стану пацієнтів, які пройшли хіміотерапію. Проте для оцінки довготривалих ефектів і аналізу безпеки використання карнітину в поєднанні з іншими медичними препаратами для лікування та попередження різних патологічних станів є ще необхідність у проведенні численних експериментальних та клінічних досліджень.

Є.К. Маціцька

ВПЛИВ БАКТЕРІАЛЬНОГО ЛІПОПОЛІСАХАРИДУ НА АНТИРАДИКАЛЬНИЙ ЗАХИСТ СЛІЗНИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

Кафедра біологічної та біоорганічної хімії

А.О. Микитенко (к.мед.н., доц.)

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність. Поєднана дія бактеріального ліпополісахариду (ЛПС) і хронічного стресу на організм, незважаючи на участь подібних механізмів у розвитку тканинних ушкоджень, демонструє певну суперечливість ефектів. Дані сучасних досліджень не дають можливості в повній мірі оцінити патогенез змін в слізних залозах за умов поєднаної дії ЛПС та хронічного стресу.

Мета визначити активність каталази та супероксиддисмутази в слізних залозах щурів за умов введення ліпополісахариду на фоні хронічного стресу.

Матеріали та методи. Експерименти виконані на 18 статевозрілих щурах-самцях масою 190-240 г. Тварин розділили на 3 групи. В I групі - інтактні тварини, у II групі - тварини, яким вводили в/о 0,4 мкг/кг бактеріальний ЛПС *S. typhi* (пірогенал) в перший тиждень 3 рази в подальшому раз на тиждень протягом усього терміну експерименту, у III групі - тварини, яким моделювали хронічний стрес шляхом щоденного протягом 30 діб тримання над водою експозицією 1 годину (патент № 145226) з одночасним введенням бактеріального ЛПС за схемою групи II. В слізних залозах визначали активність каталази (Корольок М.А., 1988) та супероксиддисмутази (СОД) (Брусов О.С., 1976). Статистичну обробку здійснювали, використовуючи непараметричний метод - тест Мана-Вітні.

Результати досліджень. Активність каталази в слізних залозах щурів підвищилась в 3,07 рази за умов введення ЛПС і знизилась в 1,68 рази в групі тварин, яким вводили ЛПС на фоні моделювання хронічного стресу порівняно з групою контролю ($p < 0,05$). Активність СОД в слізних залозах щурів підвищилась в 1,34 рази в групі щурів, яким вводили ЛПС за умов моделювання хронічного стресу порівняно з групою контролю ($p < 0,05$), а за умов введення ЛПС статистично значуще не змінюється. Поєднана дія ЛПС та хронічного стресу призводить до зниження активності каталази в 5,15 рази порівняно з групою тварин, яким вводили бактеріальний ЛПС ($p < 0,05$) і статистично значуще не змінює активність СОД при порівнянні з групою тварин, яким вводили ЛПС. Порушення спряження в функціонування СОД та каталази у тварин за умов поєднаної дії ЛПС та хронічного стресу загрожує розвитком оксидативного ушкодження біополімерів слізних залоз.

Висновки. Введення бактеріального ліпополісахариду та поєднана дія бактеріального ліпополісахариду та хронічного стресу призводить до порушення функціонування супероксиддисмутазно-каталазної ланки антиоксидантного захисту в слізних залозах щурів. За умов введення бактеріального ліпополісахариду порушується дисмутація супероксид аніон-радикалу, а в умовах поєднаної дії бактеріального ліпополісахариду та хронічного стресу порушується інактивація перекису водню на фоні збільшеної утилізації супероксид аніон-радикалу.

О.С. Мельник

РЕФРАКЦІЯ ОКА У СТУДЕНТІВ

Кафедра медичної та біологічної фізики

В.І. Ревенок (к.т.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Рефракція – це процес заломлення світла. Розрізняють два види рефракції: фізичну та клінічну. Фізична рефракція – це заломлення світла в будь якій оптичній системі, а клінічна – заломлення світла в системі ока, яка вимірюється в діоптріях. Звичайно, в медицині ми використовуємо поняття клінічна рефракція. Очне яблуко побудоване таким чином, що воно має прозорі середовища (рогівка, кристалик, внутрішньоочна рідина і склисте тіло), які здатні проводити світло та заломлювати, таким чином промені фокусуються на сітківку, де в фоторецепторах відбувається складний біохімічний процес перетворення світла на нервовий імпульс.

Виділяють два основних види клінічної рефракції: пропорційна (еметропія – нормальна рефракція, при якій головний фокус знаходиться на сітківці) і непропорційна (аметропія – патологічна рефракція, при якій головний фокус розташовується перед сітківкою або позаду). В свою чергу, аметропія поділяється на три типи: міопія (головний фокус попереду сітківки), гіперметропія (головний фокус позаду сітківки), астигматизм (коли в одному оці є кілька головних фокусів).

Відомо, що рефракція ока може змінюватись протягом життя і на неї можуть впливати багато факторів, такі як тривала робота на близькій відстані, гаджети, погане освітлення, недостатня фізична активність, і т.д. Зараз це є надзвичайно актуальне питання, адже сучасна молодь проводить багато часу з гаджетами. Це пов'язано і з навчанням і з дозвіллям. І як наслідок збільшення навантаження на зоровий апарат, адже використовуючи дистанційний тип навчання більшість матеріалу студенти опрацьовують саме в електронному вигляді, що призводить до зниження гостроти зору, а в подальшому – розвитку міопії.

Тому **метою** нашої роботи було дослідити, які види клінічної рефракції наявні у студентів.

Матеріали і методи. Дизайн дослідження включав 30 студентів 4 курсу ВНМУ ім. Пирогова. Всім студентам була перевірена гострота зору та проведена рефрактометрія.

Результати. За даними візометрії (перевірки гостроти зору) та рефрактометрії майже 46 % студентів мали зниження гостроти зору (14 студентів). Причому, за даними рефрактометрії 13 студентів (43,3%) мали зміни рефракції, що відповідали міопії та 1 студент мав гіперметропічну рефракцію. Нормальна рефракція ока (еметропія) була виявлена у 16 студентів, що становило 54 %.

Висновок. За результатами наших досліджень, зміни рефракції у студентів спостерігались у 46 %, причому міопічна рефракція складала 43,3 %. Враховуючи загрозливу тенденцію щодо розвитку міопії серед молоді, необхідно проводити санітарно-просвітницьку роботу зі студентами медичного університету. Проблема в тому, що підлітки неналежним чином піклуються за власний зір: не дотримуються правил особистої гігієни ока, правильного харчування, зловживають гаджетами. Хотілося б, щоб студенти більш уважно ставилися до зору, дотримувались певних правил і заходів з профілактики очей, піклувались про своє майбутнє, тому що 80 % інформації ми отримуємо завдяки зору.

А.С. Назаренко, М.Б. Шевня
**МЕХАНІЗМ ДІЇ ЦИСПЛАТИНУ ПРИ ТЕРАПІЇ ТРИЧІ НЕГАТИВНОГО РАКУ
МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к.мед.н, доц.)

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какарькін (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак молочної залози (РМЗ) ця злоякісна пухлина залозистої тканини молочної залози є найбільш частою формою раку серед жінок: відомо що впродовж життя захворіє одна з 9-13 жінок залежно від віку і регіону проживання. У популяції в цілому РМЗ (1,4 млн. нових випадків в рік) займає по частоті друге місце серед онкологічних захворювань після раку легень (1,6 млн. нових випадків в рік) рахуючи і чоловіче населення. Щодня у світі реєструється 3836 нових випадків РМЗ (2,7 випадку кожну хвилину) та 1255 чоловік помирають від цієї патології. На сьогодні в Україні показники захворюваності та смертності від РМЗ вищі порівняно з іншими країнами світу на 45% та 56% відповідно. При тричі негативном РМЗ (TNBC) відсутні експресії рецепторів естрогенів, прогестерону та рецептора епідермального фактора росту 2 (HER2). Він складає від 15% до 20% від всіх випадків РМЗ, характеризується агресивним перебігом, раннім метастазуванням і великим відсотком рецидивів.

Мета: Проаналізувати дані наукової літератури щодо вивчення механізмів дії цисплатину при терапії TNBC.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed., MedLines за 2018 – 2023 роки.

Результати: Розвиток TNBC починається з генетичних помилок (в тому числі при генотоксичній дії метаболітів естрогенів) під час перетворення поліпотентної клітини в попередників міоепітальних та люмінальних клітин та їх дозріванні. Це означає, що такі клітини не експресують рецептори до жіночих статевих гормонів та HER2. Препарат цисплатин відноситься до фармакологічної групи алкілюючих цитостатиків. Після парентерального ведення до 90% препарату знаходиться в зв'язаному стані з транспортними білками плазми крові. При потраплянні в клітину цисплатина молекули води заміщують один або обидва атома хлора і утворюються катіони $[Pt(H_2O)Cl(NH_3)_2]^+$ та $[Pt(H_2O)(NH_3)_2]^{2+}$ необхідні для формування зв'язків з ДНК у вигляді комплексів з гуаніновими (G) та аденіновими (A) основами в положенні N-7 (цисплатин- ДНК- адукти GG- Pt та GA- Pt). Ці біфункціональні продукти блокують процеси реплікації, транскрипції і клітинної проліферації

що запускає експресію гена P₅₃, каспази-3, Fas- системи та ін., і веде до апоптозу. Чутливі до дії цисплатину клітинні лінії TNBC відрізняються зниженою здатністю ліквідувати основні адукти GG- Pt та GA- Pt за рахунок низької активності та/ або наявності дефектів генів білків системи репарації, що частково обумовлено низьким ступенем їхньої диференціації.

Висновки: Проблема чутливості та резистентності до хіміотерапії завжди актуальна в онкології. Саме постійне дослідження механізмів та причин розвитку TNBC і привело в свій час онкологів до застосування цисплатину як препарату хіміотерапії у випадках TNBC. Враховуючи високий вміст TNBC в структурі РМЗ, частоту ускладнень та рецидивів, чітка уява про механізми фармакологічної дії та резистентності клітин пухлин до цисплатину на молекулярному рівні залишається важливою проблемою в онкології.

М.М. Петраш, О.С. Тітов, О.С. Покотило
**ОСОБЛИВОСТІ СИНТЕЗУ, АКТИВАЦІЇ ТА МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ
БІОЛОГІЧНОГО ЕФЕКТУ ТРАНСФОРМУЮЧОГО РОСТОВОГО ФАКТОРА ь
(TGF-β)**

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к.мед.н., доц.)

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какарькін (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: TGF-β фактор - це плейотропний поліпептид, який регулює багато біологічних процесів в тому числі ембріональний розвиток, диференціацію стовбурових клітин, імунні процеси, загоєння ран і запалення. Розуміння особливостей синтезу та механізмів реалізації впливу білка гена TGF-β на молекулярному рівні надасть можливості для своєчасної діагностики та корекції порушень викликаних мутаціями цього гена.

Мета: Проаналізувати дані наукової літератури щодо вивчення особливостей синтезу та механізмів реалізації впливу білка гена TGF-β на молекулярному рівні.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed., MedLines за 2018 – 2023 роки.

Результати: Сімейство генів TGF-β експресується як препропептидні попередники що потім проходять посттрансляційну трансформацію та виділяються як гомомери або гетеромери. TGF-β представлений у вигляді трьох ізоформних груп. Кожна з цих ізоформ спочатку синтезується як гомодимер 75-кДа, відомий як pro-TGF-β, потім він за рахунок протеолізу активується в комплексі Гольжі щоб сформувати зрілий TGF-β гомодимер. Два 25-кДа гомодимери взаємодіють з протеїнами щоб зформувати малий латентний комплекс (SLC). Далі в ендоплазматичному ретикулумі один малий TGF-β - SLC формує зв'язку з TGF-β гомодимером, щоб сформувати великий латентний комплекс (BLC) що дозволить транспортування його до екстрацелюлярної матриці. Після завершення, BLC зв'язується з фібронектином та гепарин сульфатом на клітинній стінці. Потім BLC локалізується в збагачених на фібрилін міофібрилах в позаклітинному матриксі, де і зберігається до активації. Активується латентний TGF-β багатьма факторами, які включають в себе протеази, тромбоспондин-1, активні форми кисню та інтегрини. Ці фактори забезпечують дозрівання TGF-β у вигляді звільнення його з мікрофібрил – зв'язаного великого латентного комплексу. Це відбувається шляхом вивільнення з латентно-пов'язаних протеїнів та деградацією латентно-зв'язаного протеїну. Свій біологічний ефект TGF-β реалізує через диференційовану активацію MAP кіназ, таких як ERK що є регуляторами метилювання генів ДНК - метилтрансферазами (DNMT) та через трансмембрану рецепторну серін/треонін кіназу і систему SMAD білків.

Висновок: Трансформуючий ростовий фактор β має складну систему синтезу, активації та транспортування у вигляді спочатку pro-TGF- β , потім TGF- β - SLC та BLC та реалізує свій вплив на диференціацію, проліферацію та запрограмовану смерть клітин шляхом активації MAP кіназ, через DNMT, трансмембрану рецепторну серін/треонін кіназу та систему SMAD білків.

В.В. Поліщук
**«КЛІК-ХІМІЯ» – СУЧАСНИЙ МЕТОД БІООРТОГОНАЛЬНОЇ ХІМІЇ ДЛЯ
СТВОРЕННЯ НОВИХ БІОМОЛЕКУЛ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Тертишна (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: одним із напрямків сучасної хімічної науки є біоортогональна хімія - розділ, що займається створенням нових функціонально-активних біомолекул з необхідними заданими властивостями, з метою їх подальшого використання у медицині, молекулярній біології, фармації. Наука базується на відборі хімічних реакцій, які можуть відбуватися у живій клітині і при цьому не порушують її хімічний склад та не заважають протіканню внутрішньоклітинних біохімічних процесів. Метод «клік-хімії» включає сукупність швидких хімічних реакцій поєднання та комбінації молекул між собою за правилом «клікнув – скомбінував, отримав результат». Наприклад, в фармації в такий спосіб можливо швидко синтезувати нові ліки, в молекулярній біології створити карту ДНК.

Мета: узагальнити наукову інформацію щодо методу «клік-хімії» та його значення для сучасної медицини, молекулярної біології та фармації.

Матеріали та методи: аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, Pub Med, Med Lines, офіційного інформаційного сайту Нобелівського комітету.

Результати: «клік-хімія» - науковий підхід, що використовується для створення нових біологічно-активних речовин. Полягає у швидкому з'єднанні молекул між собою. Ефект досягається через створення доступних оптимальних умов перебігу реакцій, за яких хімічні компоненти взаємодіють та утворюють молекули більшої складності та різноманітності. «Клік-хімія» як напрямок хімії, з'явився у 2002р, коли датський хімік М.Мелдаль описав реакції приєднання азидо-алкілів до біоциклів для створення нових фармпрепаратів. Дану реакцію Б.Шаплесс та М.Мелдаль використали в молекулярній біології для картографування ДНК. К.Бертоцці використала методи «клік-хімії» у живих організмах. Вона здійснила та описала перебіг хімічних реакцій з метою дослідження механізмів синтезу гліканів – полісахаридів клітин, що відіграють важливу роль в імунних процесах. У 2022 році К.Бертоцці, М.Мелдаль та Б.Шаплесс отримали Нобелівську премію з хімії за розробку методу швидкого відтворення та синтезу штучних функціональних біомолекул - «клік-хімії» та його впровадження для відстеження біологічних процесів у живій клітині. Адже відомо, що процеси синтезу нових речовин можуть відбуватися у самих живих організмах. Наприклад, гриби роду *Aspergillaceae* використовувались для отримання пеніциліну, генно-модифіковану кишкову паличку використовують для добування інсуліну, соматотропіну тощо. Всі процеси відбуваються в живій клітині, але вона при цьому не руйнується, не змінюється її біохімія. На теперішній час метод слугує інструментом дослідження біохімічних процесів не тільки в здорових клітинах, а й при ураженні клітини вірусом.

Висновки: для майбутнього біохімії та медицини відкриття нобелівських лауреатів-хіміків 2022р дозволить вченим-медикам націлитися безпосередньо на хворі клітини, а методика «клік-хімії» допоможе швидко синтезувати ефективні препарати для лікування раку, запалення, діабету, захворювань серця, Covid-19.

А.О. Притика, Я.Ю. Юденюк
**ПОТЕНЦІОМЕТРІЯ ТА РЕДОКС-СИСТЕМИ. ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ І ЗНАЧЕННЯ
ДЛЯ МЕДИЦИНИ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.х.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: зараз постійно відкриваються нові дослідження та технології і разом з цим, медицина рухається вперед, що покращує здоров'я людей. Одним з таких досліджень є потенціометрія та редокс-системи. Ці дві технології дають медичним працівникам можливість отримувати більше інформації про стан пацієнтів та вчасно надавати їм потрібну допомогу.

Мета: провести аналіз літературних джерел по застосуванню потенціометричного методу аналізу та редокс-систем в медицині.

Матеріали та методи: проаналізована наукова література та публікації в системі пошукових сервісів Google, Pub Med, Scopus, Wikipedia.

Результат: Біологічне значення редокс-систем: в біологічних системах перенесення електронів відбувається в редокс-системах від речовини з меншим до речовини з більшим редокс-потенціалом, що супроводжується поступовим виділенням енергії. Якщо перепади редокс-потенціалу становить більше 0,22 В, то виділена енергія може акумулюватися в макроергічних зв'язках АТФ. Приклади використання потенціометричного методу аналізу: визначення рН шлункового соку – метод внутрішньошлункової рН-метрії; апарат ацидогастрограф використовують для обстеження пацієнтів у клінічній лікарні ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця; кардіостимулятор працює на літєвих батареях; рН-метри використовують для визначення рН крові, сечі, інших біологічних рідин; визначення концентрації токсичних речовин в харчових продуктах; редокс-системи організму, наприклад, піруват-лактат, сукцинат-фумарат та ін., є джерелом енергії; на ЕКГ з кожним серцебиттям реєструється потенціал дії; принцип Е-ретинографії – за допомогою мікроелектродів реєструється потенціал дії після падіння світла на сітківку ока; під час сприйняття звукової хвилі органами слуху виникає потенціал дії, коли звукова хвиля падає на волоски та деформує їх; електрична активність кори великих напівкуль реєструється за допомогою ЕЕГ (електроенцефалографії); вимірювання окисно-відновного або редокс-потенціалу використовують для виявлення патології в тканинах пародонта;

Висновки: Потенціометрія та редокс-системи досить нещодавно з'явилися в медицині, але їх можливості безмежні. Вони зробили медицину більш ефективною та безпечнішою, полегшили роботу медичним працівникам та дали їм можливість визначати важливий показник різних рідин внутрішнього середовища організму за допомогою знань закономірностей виникнення електродних потенціалів, будови електродів та вимірювання рН середовища.

І.О. Радогощин

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.В. Блажченко (PhD, ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гіпотиреоз – це синдром, що характеризується зниженням секреції тиреоїдних гормонів щитовидною залозою, особливо небезпечним це захворювання є для дітей та новонароджених, оскільки недостатня кількість тиреоїдних гормонів може призвести до порушень фізичного та розумового розвитку.

Мета: провести аналіз сучасних біохімічних досліджень розвитку гіпотиреозу та зробити висновок щодо небезпечності і важкості перебігу гіпотиреозу.

Матеріали та методи: Інформаційний пошук сучасних наукових публікацій баз даних GoogleScholar, PubMed, Scopus, Web of Science, MEDLINE за 2019-2022 рр. за ключовими словами «development of hypothyroidism in children, congenital hypothyroidism».

Результати: Гіпотиреоз – є одним з найпоширеніших порушень щитовидної залози і, як правило, зумовлений аліментарним дефіцитом йоду, що у свою чергу призводить до певного ряду порушень. Внаслідок цього захворювання виникають порушення кожної системи органів, але найбільш часті прояви таких симптомів: збільшується маса тіла, виникає загальна слабкість, сухість шкіри, брадикардія, ослаблення пульсу, порушення дихальної системи (потовщення голосових зв'язок), парестезії, психічні розлади тощо. Існує три форми гіпотиреозу, а саме: первинний, вторинний і третинний. Первинний гіпотиреоз виникає після пошкодження щитовидної залози, зокрема причинами первинної форми є хронічний автоімунний тиреоїдит або ушкодження паренхіми залози автоімунними процесами. Зокрема, при прийомі літійвмісних препаратів блокується синтез трийодтироніну та тироксину гормонів, а також дефіцит йоду в навколишньому середовищі погіршує можливість накопичувати йодиди щитовидною залозою, що призводить до виникнення первинного гіпотиреозу. Вторинний гіпотиреоз виникає внаслідок недостатньої секреції або відсутності тиреотропного гормону (ТТГ), що зазвичай зумовлено гіпофункцією гіпофіза, а саме пухлиною турецького сідла, значним опроміненням гіпофіза, судинне або травматичне ушкодження. Третинний гіпотиреоз виникає внаслідок недостатньої секреції або відсутності тиреотропін релізінг гормону (ТРГ), що, як правило, зумовлено ушкодженням гіпоталамусу (запальні процеси, пухлини, хірургічні втручання, опромінення, а також внаслідок порушення ніжки гіпофіза). Для лікування гіпотиреозу зазвичай використовують замісну гормонотерапію.

Висновки: Проаналізувавши результати сучасних наукових досліджень, можна дійти висновку, що при первинному гіпотиреозі виникає надмірна секреція ТТГ, при вторинному – відсутність значного підвищення ТТГ, при третинному підвищення цього гормону є помірним та виникає із затримкою. Зокрема, слід пам'ятати, що гіпотиреоз – це захворювання, яке може бути успішно контрольоване за допомогою сучасних методів. З правильною діагностикою і лікуванням, людина може мати повноцінне і здорове життя.

А.А. Рудь

МОЛНУПРАВІР ЯК НОВИЙ КАНДИДАТ ПРИ ЛІКУВАННІ COVID-19

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Нечипорук (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: коронавірусна інфекція 2019 (COVID-19), викликана важким гострим перебігом респіраторного синдрому коронавірусу-2 (SARS-CoV-2) призвела до значного зростання захворюваності та смертності по всьому світі.

Мета: провести аналіз літературних джерел для виявлення ефективних результатів випробування молнупіравіру при COVID-19.

Матеріали та методи: пошук та аналіз серед електронних баз даних PubMed, MedRxiv, Google Scholar від початку 2021 року стосовно випробувань та ефективності молнупіравіру як нового перорального препарату при лікуванні COVID-19 було проаналізовано 438 джерел.

Результати: перше подвійне сліпе рандомізоване дослідження 1-ша (n = 130) та 2-га фази (n = 202) показали, що молнупіравір добре переносився, а 3-тя фаза, показала ефективність та безпеку молнупіравіру серед 1850 негоспіталізованих дорослих учасників (18 років і старше) з COVID-19, дослідження нещодавно було припинено незалежною комісією з моніторингу

безпеки. Молнупіравір (EIDD-2801, β -d-N4-гідроксицитидин) є пероральним противірусним препаратом-кандидатом, який зараз проходить III фазу випробувань для лікування пацієнтів із COVID-19. Молнупіравір збільшує частоту мутацій вірусної РНК і порушує реплікацію SARS-CoV-2 серед моделей тварин і людей. Механізм дії, що лежить в основі індукованого молнупіравіром мутагенезу РНК за допомогою вірусної РНК-залежної РНК-полімерази (РзРп). Біохімічні аналізи показують, що РзРп використовує активну форму молнупіравіру, β -d-N4-гідроксицитидин (ННС), як субстрат замість ЦТФ або УТФ. Коли РзРп використовує отриману РНК як матрицю, β -d-N4-гідроксицитидину керує включенням Г або А, що призводить до мутованих РНК. Структурний аналіз комплексів РзРп-РНК, які містять продукти мутагенезу, показав, що ННС може утворювати стабільні пари основ з Г або А в активному центрі РзРп, вподальшому полімераза уникає перевірки та синтезує мутовану РНК. Цей двоетапний механізм мутагенезу, ймовірно, застосовується до різних вірусних полімераз і може пояснити широкого спектра противірусної дії молнупіравіру. Поширеними побічними ефектами є головний біль і діарея, які були нижчими в групі молнупіравіру (12,5%) порівняно з групою плацебо (18,8%). 93,3 відсотка побічних ефектів були легкими. Аналіз літературних джерел, показав, що пероральний прийом молнупіравіру (800 мг на добу, протягом 5 днів) є ефективним для лікування Covid-19, без очевидних проблем та загрози для здоров'я, якщо розпочати його протягом 5 днів після появи ознак або симптомів серед, невакцинованих дорослих, які мали ризик прогресування до важкої форми протікання хвороби.

Висновки: молнупіравір є першим пероральним противірусним препаратом, який продемонстрував значну ефективність у зниженні госпіталізації та смертності при легкій формі COVID-19 і може бути важливою фармацевтичною зброєю в боротьбі з SARS-CoV-2. Однак його роль у лікуванні COVID-19 середнього та важкого ступеня є сумнівною та потребує додаткових досліджень.

О.Р. Саприга

МАРК-КІНАЗНИЙ СИГНАЛЬНИЙ ШЛЯХ ТА ЙОГО РОЛЬ У КАНЦЕРОГЕНЕЗІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к.мед.н, доц.)

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какар'їн (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в 2020 році на рак захворіли 19,3 млн чоловік та 10 млн загинули в результаті цього захворювання. Вивчення всіх ланок, які впливають на виникнення, розвиток та лікування раку є важливою та актуальною проблемою сучасної медицини. Розуміння механізмів такого важливого фактора, як сигнальний шлях RAS-МАРК в процесі канцерогенезу є обов'язковою умовою для адекватного прогнозу та лікування онкологічних захворювань.

Мета: Проаналізувати дані наукової літератури щодо вивчення RAS-МАРК-кіназного шляху та його ролі в канцерогенезі.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines за 2018 – 2023 роки.

Результати: Сигнальний шлях RAS-МАРК (RAS/RAF/MEK/ERK) є основним регулятором клітинної проліферації, диференціації в нормі та метастазування у випадках злоякісного перетворення клітин. Його гіперактивація часто спостерігається в більшості випадків онкологічних хвороб. MAPKs - це гурт білків, що містить в собі три сімейства протеїнкіназ: p38, JNK/SAPK та ERK. Основними мішенями їх системи є фактори транскрипції. В нормі система MAPK працює в ядрі та фосфорилує зв'язані з ДНК білки, і навіть BRAF, загальновідомий як протоонкоген B-Raf. Білок, що кодується геном BRAF, знаходиться на

довгому плечі 7-ої хромосоми. Також в нормі має значний вплив на ріст та диференціювання клітин. Він бере участь в таких важливих біохімічних процесах: ацетилювання та метилювання ДНК. Білок має сайт для зв'язування з іонами металів, АТФ та нуклеотидами. Білок гену в нормі локалізується в мембрані клітин, ядрі та цитоплазмі. Його гіперекспресія також спостерігається при процесах метастазування багатьох різноманітних онкологічних захворювань.

Висновок: Велика кількість доклінічних даних підтверджує важливу роль сигнального шляху у біології раку та його потенціал як терапевтичної мішені при онкологічних захворюваннях людини. В багатьох дослідженнях було показано, що гальмування системи кіназ шляху RAS-MAPK і BRAF таргетними препаратами має позитивний місцевий ефект, попереджає розвиток резистентності, знижує активність метастатичного процесу та дозволяє значно підвищити термін та якість життя хворих на онкологічні захворювання.

Л.А. Старовойт

НЕЙРОПРОТЕЗУВАННЯ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики
О.В. Ременяк, (к.біол.н., доц.), О.В. Іващук (к.ф.-м.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: на сьогоднішній час тема нейропротезування є досить актуальною. Через бойові дії в Україні, багато наших героїв отримують травми й поранення, які можуть обмежити їхнє повноцінне життя. Деякі люди народжуються з певними хворобами, що порушують їхні функціональні можливості. Тому вчені намагаються знайти якийсь вихід з таких ситуацій, аби надати можливість людям відчувати себе повноцінними. Наприклад, нещодавно вчені з університету штату Огайо за допомогою нейропротезування зуміли відновити у паралізованій людини здатність рухати кистями і пальцями рук. Це відкриття в майбутньому зможе повернути рухливість кінцівок паралізованим людям.

Метою роботи було опрацювати літературу щодо нейропротезування.

Матеріали і методи: Для вирішення даного питання використовувалися методи вивчення й узагальнення інформації щодо нейропротезування.

Результати: Нейропротезування – це така область науки, яка займається створенням та імплантацією штучних пристроїв для відновлення порушених функцій нервової системи чи сенсорних органів.

Перший повноцінний нейропротез кінцівки, керований імпульсами людського мозку, створили американські вчені з Нью-Йоркської лабораторії прикладної фізики Джонса Хопкінса під керівництвом Майка Маклафліна. На відміну від більшості сучасних пристроїв дітище американських вчених не імплантується в організм, а являє собою «навісне обладнання».

Нейронні протези, які також називають інтерфейсами «мозок-машина» та «мозок-комп'ютер», є перспективними для суттєвого підвищення якості життя людей, які страждають від рухових розладів, включаючи параліч і ампутацію. Такі пристрої перетворюють електричну нейронну активність мозку в керуючі сигнали для керування паралізованими верхніми кінцівками, протезами рук і комп'ютерними курсорами.

Важливим аспектом сенсорного нейронного протеза є те, як перетворити вхідні дані від датчика у набір подразників, які може інтерпретувати нервова система. Стимули можуть бути електричними або тактильними і зазвичай охоплюють кілька місць стимуляції, що відповідає просторовому відображенню вхідних даних, і представленням цих вхідних сигналів у нервовій системі. Одним із підходів до трансформації є імітація або повторення пошкоджених, або відсутніх фізіологічних функцій.

Мікроелектронні пристрої, що імплантуються для нейронних протезів, потребують стимуляційних електродів, щоб забезпечити мінімальне електрохімічне пошкодження тканини або нерва від хронічної стимуляції.

Висновки: досягнення в науці, особливо в нейробіології, є перспективними для значного покращення здоров'я та функціонування людей із фізичними вадами, зокрема, для відновлення втрачених рухових функцій.

Д.І. Студілко

АНАЛІЗ ТЕСТОВИХ МЕТОДИК ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ СПРИЙНЯТТЯ СТУДЕНТАМИ ДИСТАНЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

Ю.П. Гульчак (к.т.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній час майже по всій країні навчання проходить в дистанційному форматі. У більшій мірі успішність студентів залежить як від форм донесення навчальних матеріалів викладачем, так і здатності студента сприймати і опрацювати поданий матеріал. При цьому індивідуальні якості студента є одним з важливих факторів успішного навчання. Але їм приділяється недостатньо уваги.

Мета: оцінювання можливостей окремого студента сприймати і застосовувати на практиці інформацію, представлену у аудіо та відеоформатах на екрані ПК, планшета або інших гаджетів у дистанційному режимі; співставлення індивідуально-психологічних властивостей студента і успішності навчання.

Матеріали та методи: були використані тестові методики оцінювання індивідуально-типологічних властивостей особистості, самоорганізації студента, його мотивації до навчання: тест «Діагностика реалізації потреб у саморозвитку» (методика Г. Олпорта); «Тест на адаптивність», тест на концентрацію уваги (Торндайка).

Результати: дистанційне навчання – така форма організації освітнього процесу, основою якої є самостійна робота студента, яка і відображає результати успішного освоєння матеріалу. Самоорганізація студента, його мотивація та індивідуально-психологічні якості впливають на якість навчання. В роботі було досліджено декілька груп студентів, які різняться за віком, статтю, та іншими ознаками. Усім їм було запропоновано пройти три анкети, які відображають різноманітні чинники особистого складу характеру, структури та індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Для спрощення підрахунку та проходження анкет, було створено декілька онлайн-форму на основі безкоштовної платформи “Google Forms” яка дозволяє в режимі реального часу отримувати результати.

Для автоматизації обробки результатів і наочного їх представлення було використано табличний процесор Microsoft Excel. Були розроблені уніфіковані бланки для аналізу результатів тестування і отримання висновків, а також рекомендацій щодо можливості корегування властивостей особистості, які піддаються корекції або покращенню.

Висновки: В результаті аналізу даних тестування були отримані такі результати:

1) Середній рівень здатності до саморозвитку та самоосвіти підтверджується результатами успішності навчання. Разом з тим тестування показало завищені показники рівня саморозвитку, декларовані самими студентами. Дані вимагають коригування тестових методик.

2) Рівень адаптування до умов дистанційного навчання знаходиться на межі між середнім і низьким, а в окремих випадках близьким до мінімального. Дані результати потребують додаткових досліджень.

3) Високий рівень самоорганізації окремих студентів, здатність раціонально витратити свій час підтверджують успішність їх навчання

Т.І. Супрун
**БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ КАНАБІНОЇДІВ НА ПРОЦЕСИ ОБМІНУ
ЛІПІДІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії
О.Б. Струтинська (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Патології обміну ліпідів – глобальна проблема, яка призводить до таких хвороб, як ожиріння, цукровий діабет, атеросклероз і захворювань серцево-судинної системи. Розуміння механізмів порушень метаболізму ліпідів за дії різних чинників на організм дозволить розробити ефективні засоби їх корекції.

Мета: На основі аналізу сучасних біохімічних досліджень, охарактеризувати механізм дії канабіноїдів, отриманих із рослин родини конопляних, на ліпідний обмін.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій і досліджень іноземних учених (Bruce A Watkins, 2019; Aruna Kilaru, 2020) із використанням таких джерел – Pub Med та NCBI.

Результати: Усі рослини роду Коноплі містять канабіноїди – похідні канабігеролової кислоти, за хімічною будовою – ліпофільні речовини, тому в організмі людини вони активно накопичуються в середині клітин, багатих на ліпіди. Вплив на ліпідний обмін реалізується переважно через 4 типи рецепторів, які здатні сприймати канабіноїди, – CB1 і CB2 (cannabinoid receptor type 1 і 2), GPR119 (G protein-coupled receptor 119), PPAR (peroxisome proliferator-activated receptor). CB1 і CB2 є рецепторами йонотропного виду, GPR119 – метаботропного виду, а PPAR – ядерними. Ці рецептори розташовані в структурах лімбічної системи, мозочку, ядрах таламуса, інтернейронах спинного мозку та клітинах, які регулюють метаболізм ліпідів: адипоцитах, клітинах Купфера та зірчастих клітинах печінки, міоцитах. Вплив канабіноїдів на рецептори CB1 викликає відкриття калієвих каналів і закриття кальцієвих, що супроводжується збільшенням апетиту, оскільки стимулюються центри голоду (латеральне ядро гіпоталамуса, мигдалина, лобові частки кори головного мозку), підвищенням чутливості смакових рецепторів до солодкого смаку, збільшенням чутливості хеморецепторів слизової оболонки носової порожнини. Рецептори CB2 через свої субодиниці G_{α} каталізують перетворення АТФ на цАМФ за участі аденілатциклази. Аденілатциклазний механізм є головним в регуляції ліполізу – гідролізу жирів. PPAR- α рецептори мають сайти для зв'язування з жирними кислотами, їх активація посилює транскрипцію генів, які транспортують ці кислоти, і забезпечують їх β -окиснення. Рецептори типу GPR119 залучені до регуляції апетиту, їх активація викликає пригнічення всмоктування поживних сполук у кров, а також забезпечує тривале наповнення шлунку та зменшення бажання до споживання нової їжі.

Висновки: Агоністи рецепторів CB2, PPAR- α та GPR119 є перспективними сполуками для розробки фармацевтичних препаратів, які здатні регулювати метаболізм й коригувати ліпідний обмін і процеси адипогенезу.

Т.І. Супрун
ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ В ХІРУРГІЇ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики
О.І. Нікольський (к.т.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Віртуальна реальність (Virtual reality, VR) – симуляція реальності з використанням аналізаторів людини. Станом на 2023 рік віртуальну реальність активно застосовують не лише у сфері відпочинку та розваг, а й у медицині, зокрема хірургічному напрямі. VR дозволяє не лише детально дослідити морфологічні особливості кожного пацієнта, а й спроектувати проходження хірургічного втручання чи фізичної процедури, що підвищує ефективність лікування й зменшує ризики для хворих.

Мета: проаналізувавши іноземні джерела, охарактеризувати основні напрямки застосування віртуальної реальності в хірургії, виокремити переваги й недоліки її застосування в порівнянні зі стандартними хірургічними втручаннями.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій і досліджень іноземних учених (Randi Q Mao, 2021; V Fuertes Bielsa, 2021; Anke V Reinschluessel, 2022) із використанням таких джерел, як PubMed і Elsevier.

Результати: Застосування VR у хірургії можливо в трьох основних напрямках:

- практичне навчання майбутніх хірургів – відпрацювання необхідних навичок, наприклад, за допомогою платформи Osso VR, яка дозволяє використовувати віртуальні інструменти для ортопедичних операцій;

- вивчення будови тіла пацієнта – технологія Precision VR дозволяє створити детальну модель організму, що допомагає в операціях на судинах, мозку або серці;

- імітація майбутніх операцій для мінімізації можливих ризиків і підвищеної ефективності самого хірургічного втручання – типовим прикладом є EchoPixel True3D, що дозволяє на моделі спроектувати повний хід операції та паралельно бачити зміни в інших ділянках тіла.

До найвідоміших компаній, які використовують технології та інструменти VR у хірургії, відносять Vicarious Surgical (Уолтем, США), FundamentalVR (можливий віддалений доступ), Proximie (Бостон, США) і Proprio (Сіетл, США).

VR має ряд переваг, які роблять її перспективним інструментом у лікуванні: можливість неінвазивного дослідження морфологічних особливостей різних ділянок й окремих органів, забезпечення практичного й доступного навчання майбутніх хірургів, економія часу перед операцією завдяки швидкому дослідженню пацієнта, понижена необхідність у великій кількості різноманітного хірургічного обладнання та більш достовірний прогноз ходу операції. До недоліків слід віднести високу ціну на деякі апарати VR та низьку кількість спеціалістів, що можуть ремонтувати й підтримувати належний стан цих апаратів.

Висновки: Отже, використання віртуальної реальності в хірургії дозволяє зробити великий крок у медицину майбутнього. Уже зараз активно застосовують 3D моделювання очей, сердець і суглобів, що допомагає підготуватися до операції та збільшує шанси на успішне хірургічне лікування, а також подальшу реабілітацію пацієнта.

М.В. Сустова

ОКИСНО-ВІДНОВНІ РЕАКЦІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.х.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: хімічний аналіз, окисно-відновні реакції є важливими для визначення концентрації речовин у зразках (вода, повітря, продукти харчування); енергетика, вони є основою процесів виробництва електроенергії (горіння вугілля чи нафти); матеріалознавство, реакції дозволяють контролювати процеси окиснення та корозії, таких як метали та пластмаси; біологічні процеси, окисно-відновні реакції відіграють важливу роль в процесах дихання, фотосинтезу та метаболізму; в домогосподарстві також застосовують для відбілювання білизни, очищення поверхонь та для засобів гігієни.

Мета: полягає в перетворенні одних речовин у інші шляхом передачі електронів від однієї речовини до іншої; ці реакції можуть мати різні цілі залежно від контексту, в якому вони відбуваються. Основні мети окисно-відновних реакцій: отримання енергії, збереження продуктів, корозія, відновлення, хімічний аналіз.

Матеріали та методи: речовини, для проведення окисно-відновних реакцій, щоб була можливість взаємодіяти та передавати електрони; реагенти, вони потрібні для того, щоб атоми, які містяться були окиснені; розчинники, для розчинення реагентів та забезпечення їх рівномірного розподілу в реакційній суміші; реакційні посудини, для того, щоб убезпечитися та ефективно провести дослід чи експеримент; каталізатори, які використовуються для зменшення енергії активації та прискорення реакції; реакційні змішувачі, можуть бути використані для забезпечення ефективного контакту між реагентами, що прискорюють реакцію; температура, час, тиск, рН, можуть впливати на швидкість перебігу реакцій; деякі реакції можуть відбуватися дуже швидко, тоді як інші можуть потребувати деякий час для досягнення бажаного результату; методи аналізу, можна застосувати спектроскопія, хроматографія, мас-спектрометрію чи інші.

Результати: зміна окисно-відновного стану; внаслідок реакції окиснення речовина збільшує свій окисно-відновний стан, тоді як внаслідок реакції відновлення речовина зменшує його; зміна фізичних властивостей, такі як колір, розчинність, тиск насичених парів, температура плавлення та кипіння; утворення нових сполук, таких як оксиди, пероксиди, гідроксиди, кетони, альдегіди, кислоти та інші; визначення хімічних параметрів, таких як концентрація речовин, електропотенціал, рН, та інші; відбудова матеріалів, таких як батареї, електролітичні чистильники, аноди та катоди для електролізу та інші.

Висновки: окисно-відновні реакції є важливими процесами в хімії, біології та технології, вони використовуються в різних галузях для отримання продуктів, відбудови матеріалів, очищення води та повітря, визначення хімічних параметрів; можуть бути використані для отримання різних продуктів, таких як електрична енергія, пластик, ліки, метали та інші.

С.А. Ткачук

БІОХІМІЧНІ ОСНОВИ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ СІЗЗС

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За статистикою, у країнах США та Європи близько 5-10% населення страждають на депресивні розлади. Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані. Саме тому правильне лікування депресивних станів є надзвичайно важливим для збереження життя та здоров'я населення.

Мета роботи: Проаналізувати дані наукової літератури щодо механізму дії селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в процесі лікування депресивних станів.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз наукових баз Web of Science, Scopus, PubMed за 2018-2023 роки.

Результати: Трасмембранний 12-доменний транспортер серотоніну (5-HTT або SERT), який відносять до сімейства білків-транспортерів моноамінів, є продуктом експресії гену SLC6A4. Роль даного білку полягає у транспорті серотоніну в тромбоцити, яйцеклітини, клітини ембріонів та реаптейку серотоніну з синаптичної щілини. Саме здатність цього білку до реаптейку серотоніну зробила його мішенню для селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. СІЗЗС – група антидепресантів третього покоління з найменшою кількістю побічних ефектів. Ця група включає 6 препаратів: пароксетин, флуоксетин, циталопрам (рацемат S- і R-циталопраму), есциталопрам (S-енантіомер циталопраму), флувоксамін, сертралін. Механізм дії цих препаратів полягає у зв'язуванні з алостеричним

центром 5-HTT-транспортёру, збільшуючи синаптичну концентрацію серотоніну. Це супроводжується збільшенням вмісту серотоніну у соматодендритних відділах нейронів ядер шва, що гіперактивує 5HT1A-серотонінові рецептори. Це запускає каскад процесів, які призводять до зменшення загальної кількості серотонінових рецепторів у синапсах, що зменшує їх гальмівний вплив на нейрони. Завдяки цьому посилюється проведення нервового імпульсу та збільшується вивільнення серотоніну в синапсах. Саме через складність механізму дії зміни у концентрації серотоніну настають через кілька тижнів від початку прийому препаратів.

Висновки: Численні клінічні дослідження показали високу ефективність селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у лікуванні депресивних розладів. Дані дослідження показали, що інгібування серотонінового транспортеру збільшує рівень серотоніну у синаптичних щілинах та підвищує чутливість нейронів до нього.

М.О. Черняк

ПОШИРЕНІСТЬ АСТИГМАТИЗМУ У ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Життя сучасної людини тісно пов'язане із роботою в інтернеті, як в особистих, так і в професійних цілях. Це стало джерелом безлічі захворювань, пов'язаних з впливом електромагнітного випромінювання: синдром сухого ока, остеохондроз, зап'ястковий синдром, гіподинамія, ожиріння. Найбільшу кількість інформації з оточуючого середовища людина одержує з допомогою зорового аналізатора. Тому у роботі було акцентовано увагу саме на порушенні рефракції та акомодатції ока, до яких відносяться: астигматизм, гіперметропія та міопія. Глибоке розуміння фізіології астигматизму ока може пролити світло на патобіологію рефракційних аномалій і привести до нових шляхів профілактики клінічно значущого астигматизму.

Метою нашого дослідження було обробити статистичні дані пацієнтів, виявити причини різних форм виникнення астигматизму та дослідити механізми його розвитку. З'ясувати ефективність різних методів лікування, описати їх негативні та позитивні аспекти.

Матеріали та методи: В дослідженні та обробці статистичних даних були задіяні дані 6312 пацієнтів, отримані від управління охорони здоров'я Чернігівської міської ради. Також в дослідженні були використані дані з бази PubMed.

Результати : При обробці було виявлено, що у 2019 році поширеність астигматизму склала 3635, що дорівнює 17.1% від загальної кількості (21205), а вже у 2020 році, поширеність складала 2677, що дорівнює 19% від кількості випадків у цьому році (14083). В свою чергу, захворюваність у 2019 дорівнювала 534 реципієнта з 3382, що складає 15,8%. Наступного року (2020) кількість випадків сягнула 16.4 %, а саме 444 пацієнта з 2709. Проведені дослідження та статистичний аналіз встановили тенденцію до зростання показників виявлення астигматизму серед населення міста Чернігова, що свідчить про актуальність досліджень у цьому напрямку.

Висновки: Отже, астигматизм – це порушення рефракції, яке створює асиметричне розмиття зору через неправильну кривизну рогівки (рогівковий астигматизм) або кришталіка (кришталіковий астигматизм). Через це світлові промені, що потрапляють в око, не можуть сходитися в одній точці на сітківці, а утворюють два фокуса. Відсутність однієї точки фокусування призводить до утворення розмитих зображень на сітківці. Точна причина астигматизму у більшості людей невідома. Але на основі вивчених даних можна сказати, що масовий перехід людей на дистанційну форму роботи суттєво вплинув на поширеність

захворювання. Також причинами астигматизму можуть бути генетичний компонент, травма ока, захворювання очей або операції на обличчі.

У дослідженні проаналізовано методи корекції астигматизму – консервативні і хірургічні та виявлено їх переваги і недоліки. З'ясовано, що лазерна рефракційна корекція є досить ефективними методом лікування і дозволяє безболісно вирішити проблему в короткий термін.

К.І. Чехович

ВПЛИВ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

О.В. Ременяк (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Кожен з нас постійно зустрічається з такими термінами як «ультрафіолетове випромінювання», котрий неодмінно має вагу у сучасному світі як негативне, так і позитивне. Виходячи з того, що наше життя минає під променями сонця, без якого його б і не було, навіть не здогадуємося про вплив який ці промені здійснюють на людей і до чого це може призвести.

Мета: Опрацювати матеріал з приводу впливу ультрафіолетового випромінювання на організм людини. Зробити висновки з даної теми.

Обговорення: Звичайно, всі речі, процеси і дії можна розглядати з двох сторін: позитивної і негативної. Така ж ситуація відбувається і в дії ультрафіолетового випромінювання та його вплив на організм людини. Якщо розглядати з позитивної сторони, то дане випромінювання є певною мірою важливим і корисним компонентом для людського організму, адже бере незамінну участь у імунних процесах життєдіяльності. Відповідно це сприяє захисту організму від вірусних захворювань. Це відбувається за рахунок такого механізму, як те, що ультрафіолетове випромінювання стимулює синтез життєво необхідного вітаміну D. В свою чергу, з цього витікає наслідок – покращення мікрофлори кишківника людини. Проведене дослідження фахівцями доводить, що зміни які відбуваються в кишківнику, можливі за ультрафіолетового випромінювання, за допомогою дії вітаміну D. Не оминає своєю дією і ендокринну систему, а саме знижує цукор. До позитивної дії також можна віднести якість мінерального обміну і підвищення пружності та захисних властивостей тканин. Що до негативної сторони, то можна сміливо вважати, що все що є в надлишку, може зашкодити. Це стається і з ультрафіолетовим випромінюванням. При його надлишку він вже буде шкодити імунній системі, а саме руйнувати процес розподілу клітин, котрі відповідальні за дію імунних реакцій. Як наслідок це може проявитися в ряді захворювань таких як: герпес, ідіопатичний фотодерматит, сонячна кропив'янка (алергія на сонце) та навіть рак шкіри. Дослідження вважають що приблизно 90% ракових захворювань шкіри зумовлені саме цим випромінюванням. Достовірним є і вплив на очі. Якщо буде надмірний вплив ультрафіолету на очну поверхню, то може відбутися опік, котрий отримав назву фотокератит. Він характеризується слезотечею, біллю та набряками очей, хворобливою реакцією на світло.

Висновок: Ми переконалися у впливі ультрафіолетового випромінювання на організм людини. Проаналізували його негативні й позитивні властивості.

Т.В.Чирва, А.І. Химич

ФІЗИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРІОТЕРАПІЇ

Кафедра біофізики, медичної апаратури та інформатики

В.М. Дідич (к.т.н., доц.)

Н.С. Назаренко (ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Актуальність: Поняття кріомедицини набуло широкого вжитку в 70-х роках минулого століття і завідносно невеликий проміжок часу переросло у окрему галузь медицини. Сьогодні низьку температуру використовують при лікуванні, в косметології та для консервування крові та кісткового мозку.

Матеріали та методи: Методика кріотерапії базується на використанні ефекту від впливу рідкого азоту. Він є безбарвною рідиною без запаху та температурою кипіння - 195.8°C. Під час процедури дією наднизької температури протягом декількох хвилин інтенсивно охолоджують потрібну ділянку – локальна кріотерапія або все тіло піддається короткотривалому впливу штучно створеного середовища температурою -70 °C до -130 °C – загальна кріотерапія.

Інтенсивна дія холоду активує адаптаційні ресурси організму і одночасно інтенсифікуються функції імунної, терморегуляторної та ендокринної систем організму.

В ЛОР-практиці низькотемпературний вплив на мигдалики забезпечує усунення хвороботворних інфекцій з їх поверхні та штучне створення нових, здорових тканини без рубців та ушкоджень і запобігає виникненню та подальшому гострому перебігу захворювань верхніх дихальних шляхів.

При різних хворобах рекомендують кріосауни. Короткотривалий вплив середовища з температурою від -130 °C до -180 °C створює для організму шоківий стан. Він активізує акумульовані можливості у відповідь на інтенсивне подразнення, про яке головний мозок отримує сигнал від рецепторів шкіри. В результаті покращується структура поверхневого шару шкіри, інтенсивнішим стає кровообіг, пришвидшується регенерація клітин і поліпшується загальне самопочуття.

Результати: Перебування всього організму чи окремих його ділянок під короткочасним впливом низької температури приносить лише позитивний ефект. Кріовплив використовується як в хірургії так і в терапії і особливого поширення набуває в сучасній косметології.

Висновки: Субтермальне переохолодження дозволяє без пошкодження тканин потужно подразнювати ЦНС, що в свою чергу викликає позитивні зрушення в імунній, ендокринній, кровоносній та інших системах організму.

МОРФОЛОГІЯ



MORPHOLOGY

Raju Sheela Aiswarya
**NORMAL PROGRAMMED CORRECT AGING OF THE CARDIOVASCULAR
SYSTEM AND THE BOUNDARY BETWEEN HEALTH AND DISEASE**

Department of Histology
V.O.Hnenna (Ph.D, Associate Professor)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia Ukraine

Actuality: The incidence of cardiovascular disease increases linearly with age. More than 70% of males and females over 75 years have signs and symptoms of the cardiovascular diseases. According to the world health ranking on cardiovascular disease Azerbaijan males have the first highest incidence as well as Tajikistan females. Ukraine has the fifth highest incidence of cardiovascular disease in males and tenth in females in the WHO. The healthier elderly person is, the less he sees his healthcare provider and thus he requires less time for medical examination and also needs less care and advice. Although the patient leads normal way of life without any treatment.

Goal: The average lifespan of humans is increasing, and with it the percentage of people entering the 65 and older age group is growing rapidly and will continue to do so in the next 20 years. The importance of health research is that all organs of the cardiovascular system changes, but at different speeds and it happens individually for everyone. It is a normal process. These processes occur at cellular level but at different speeds and it happens individually for everyone.

Materials and methods: Studying literature sources and the internet and summarize the latest information on what is the normal programmed correct aging of the cardiovascular system.

Results: Mechanism of vascular aging is characterized by luminal diameter, as age increases luminal diameter and lumen thickness ratio increases. Changes in the vascular endothelium with age are associated with the regenerative capacity of the endothelium. The programmed correct aging changes in the heart include changes in the epicardium, where is an increase in adipose tissue. The total number of cardiomyocytes in the heart decreases with age and leads to the replacement hypertrophy of the remaining cardiomyocytes.

Conclusions: Summarizing the results of our study, we can say that the normal programmed correct aging of the cardiovascular system in the population group, mostly the elderly without concomitant pathology of other systems, leads to non-progressive morphological changes, and that, as a rule, practically does not cause diseases of the cardiovascular system in general and, as a rule elderly population, remain practically healthy and corresponds to the standard indicator of health. Changes under normal programmed correct aging, which lead to morphological changes in the walls of the coronary blood vessels will not develop so progressively and lead to organic changes in the walls of the coronary vessels, compared to coronary vessels diseases which appear and manifest as a result of other diseases with various genesis etiology (comorbidity).

Aniruddha Goswami
**A SCOPING REVIEW ABOUT THE IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE LIFE
OF VNMU STUDENTS**

Department of Human Physiology
O.V.Vlasenko (Teacher Assistant)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality. Having physical activities can enhance an individual's health. Physical fitness has many benefits for your body and health. It improves your overall health, increases lung capacity, enhances the vitality of the heart and works with organized beats. On the psychological side, fitness can enhance one's self-confidence and reduce the chance of stress, anxiety or depression. This is because physical

activity may help bump up the production of your brain's feel-good neurotransmitters, called endorphins.

Goal. To evaluate the effect of physical activities & interactions in students of Vinnytsia Pirogov Memorial University.

Materials and methods. Review of world literature and review of scientific studies and statistical analyse of obtained findings. The evaluation of the effect was conducted by a series of questionnaire & interaction held with 100 students of Vinnytsia National Pirogov Memorial University.

Results. Out of the 100 students that it was found, only 40% of them were involved with sports. By interacting with them, we understood that those 40% of the students have better academic performance than the rest 60%. It is because they feel more confident, positive & concentrated after physical activities, by having proper sleep and having more serene approach to situations than the others. Due to the recent pandemic that struck throughout the world, educational practices shifted from offline to online mode. From the survey session, we understood that offline mode encourages physical activities which is far beneficial than online mode of education. During offline classes, students are more bound to physical activities & interactions; like walking, running, cycling for everyday commute & in between classes. But during online mode, students are prone to be lazy & lacking in concentration. Due to this lack of physical interactions students are suffering from a negative learning curve. Most sports involve a high level of teamwork, patience, the discipline to stick to the rules, the ability to learn from your failures, and the sportsmanship to accept results or treat opponents with respect. Social benefits of physical fitness provide someone with an arsenal of social experiences, ability to handle stress, sharp concentration, out of box thinking & problem-solving skills, which builds individual personality.

Conclusions. From the survey conducted, it was concluded that 40% of students who involved themselves in physical activities are found to be confident in their educational goals, have good physical posture & positive mentality. Altogether those 40% students are in better physical & mental state than the remaining 60%. According to this finding those who are involved in physical activities have better academic results, are more focused & in better physical, mental & social well-being.

Iryna Khliestova, Monika Malgorzata Bialoszycka

HISTORY OF THE CHILDREN'S DEPARTMENT IN VINNYTSIA REGIONAL CLINICAL PHTHISIOPULMONOLOGY CENTER

Department of Medical Biology

T.I. Shevchuk (Ph.D, As. Professor)

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Uniwersytet Warminko-Mazurski, Olsztyn, Polska

Topicality: tuberculosis is a disease caused by mycobacteria of the Mycobacterium tuberculosis complex group – M. africanum, M. bovis, and M. tuberculosis. Children's departments, in which specialized anti-tuberculosis treatment was provided, existed in city anti-tuberculosis dispensaries of the Vinnytsia region. However, the situation regarding tuberculosis among children did not improve there was a need to open a children's department at the "Vinnytsya Regional Clinical Phthisiopulmonology Center of the Vinnytsya Regional Council".

Purpose: to carry out a retrospective analysis of the need to create a children's department and highlight its professional and practical activities.

Materials and methods: a bibliographic, content analysis of the charter, and other documents of the phthisiopulmonology center.

Results: the newly built premises were opened on August 10, 1976, and later in 1980, the children's department was moved from the Vinnytsya city anti-tuberculosis dispensary to the regional one. From 1980 to 1990, the children's department had 60 beds. Since 1991, the department was reduced by ten beds, and only 50 began to function. In 1997, one child with an open form of pulmonary tuberculosis was hospitalized in the children's department. Regardless of the situation regarding newly diagnosed

cases of tuberculosis in children and adolescents, from 1998 to 2002, the number of beds for the stay and treatment of patients continued to be reduced in the children's department. Therefore, in 2003, there were already 45 beds in the department. However, in 2007, when applying for a consultation at the Vinnytsya Regional Clinical Phthisiopulmonology Center, six children were found to have an open form of pulmonary tuberculosis. From 2010 to 2013, beds were again reduced, and there were only 30. From 2015 to 2016, an open form of pulmonary tuberculosis was again detected in a school-aged child, and with each subsequent year, the number of children sick not only with pulmonary tuberculosis but also identified cases of bone tuberculosis in children and adolescents. After the overhaul of the dispensary, in 2017 only 25 beds were left for inpatient stays. However, with the arrival 2019 of the COVID-pandemic and its catastrophic situation and the dynamics of the increase in patients with an infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus, there was a need to repurpose the departments of many hospitals in the city into "covid" departments for providing medical care to patients. It was the Vinnytsya Regional Clinical Phthisiopulmonology Center that was included in the list of such healthcare institutions for the provision of qualified medical care. Thus, in 2020, the children's department at the Vinnytsya Regional Clinical Tuberculosis Dispensary was officially closed.

Conclusions: according to the Decision of the 7th session of the 8th convocation of March 19, 2021 № 105 by the Law of Ukraine "On Local Self-Government in Ukraine", the medical facility was renamed into the Communal Non-Commercial Enterprise "Vinnytsya Regional Clinical Phthisiopulmonology Center of the Vinnytsya Regional Council".

V.Kushta

EVOLUTION OF ORAL APPARATUS AND SIGNIFICANCE OF EVOLUTIONARY DETERMINED MECHANISMS OF MAXILLO-FACIAL DEVELOPMENT IN RESEARCH OF HUMAN PATHOLOGY

Department of Medical Biology

S.Shuvalov (professor, doctor of medical sciences),

V.Shkarupa (doctor of medical sciences)

Department of Foreign Languages with the Course of Latin Language and Medical Terminology

A. Yatsenko (Senior Lecturer)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnytsia, Ukraine

Background: Evolutionary developmental biology, comparing the ontogeny of various organisms, establishes family ties between them and reveals the development of ontogenetic processes during evolution. Knowledge of mechanisms of evolution in maxillofacial development is helpful in understanding human pathology and developing methods of treatment and prevention.

Objective: To investigate the evolution of oral apparatus in animals, to analyze the significance of homology of developmental processes of maxillofacial apparatus in human pathology study.

Materials and methods: Review of publications in scientific databases.

Results: In the process of evolution, various types of oral apparatus were formed because of different feeding habits. Absorption and filtration in coelenterates was the earliest way of food intake followed by catching, advancement, swallowing. Capture and swallowing in fish are done by the jaws, which evolutionarily consist of the third pair of mobile gill arches (amphibians). The teeth of frogs (pedicillary) are located in the upper jaw, they hold food. Ambystoma can change the way of food ingestion: it catches and swallows food in moist environment, and develops teeth in dry climate. Reptiles have mobile jaws to catch large objects and sharp and bent back teeth to push food. In mammals, hard palate appears to strengthen the upper jaw, and maxillary sinuses - to protect the brain. In the process of human embryogenesis, pathologies of maxillofacial apparatus occur: congenital non-union of soft tissues, craniofacial dysostosis, orofacial dysplasia, etc. Literature data demonstrate similar embryological processes and molecular pathways of maxillofacial development

in most vertebrates. Neural crest and mesodermal progenitor cells migrate to homologous regions of the head, and homologous elements of craniofacial skeleton in vertebrates are formed due to conservative molecular and cellular interactions. Rats and zebrafish are used as model organisms to study the influence of genetic and environmental factors as well as maxillofacial malformations. Despite some anatomical differences between zebrafish and mammalian craniofacial skeletons, the homologous regions have many common cellular and molecular features. Although the teeth are in zebrafish throat, they have similar to mammals molecular pathways responsible for tooth development. Fish with ectodysplasin and ectodysplasin receptor mutations have the same dental defects as humans with EDA and EDAR mutations. This can be helpful when studying the relationship between genetic and environmental etiological factors of cleft palate. While late stages of mammalian palate formation are absent in zebrafish, such processes as palatal ridge morphogenesis, cellular and molecular control of early stages are the same.

Conclusion

Because of complex development and morphogenesis of human oral apparatus, the study of embryonically determined defects on animal models seems to be reasonable. Rats and zebrafish proved to be suitable model organisms to study genetic and environmental factors as well as their interactions in development of maxillofacial malformations.

A. Mahir

METHODS OF DIAGNOSIS AND PRINCIPLES OF TREATMENT OF INFLAMMATORY PROCESS CAUSED BY CLOSTRIDIODES DIFFICILE

Department of Microbiology

I.V. Tymchuk (PhD, Associate Professor)

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Lviv, Ukraine

Introduction: *Clostridioides difficile* (CD) is a Gram-positive, spore-forming, anaerobic bacillus that causes diarrhea and colitis. In a decade the severity of CD has been causing Inflammatory bowel disease (IBD) at alarming rate of almost half a million infections in the US and in parts of Europe to become one of the most common hospital-acquired infection.

Aim of the Study: Analysis of modern diagnostic methods of *Cl. difficile* and a review of effective treatment regimens.

Materials and methods: Recently published clinical cases and single-center studies and national inpatient database studies related to CD. The Society for Healthcare Epidemiology of America

Results: In patients with diarrhea that started on the background of taking antibiotics, it is necessary to exclude CD in this process. For this purpose, first of all, screening tests should be used.

Chromatographic immunoassay for detection antigen Glutamate Dehydrogenase (GDH) in stool samples. Advantages: fast execution of the test in 15 minutes; cheap; does not require additional equipment. Disadvantages: low specificity; it is necessary to confirm the result by other methods.

Enzyme linked immunoassay is most commonly used. It detects toxins using monoclonal antibody or a polyclonal antiserum. Advantages: quick execution up to 6 hours; high specificity; not expensive. Disadvantages: low specificity; must be conducted in a laboratory.

Polymerase chain reaction for toxin gene detection. Advantages: quick execution up to 6 hours; high specificity. Disadvantages: expensive; requires additional equipment; not every laboratory can perform this test; it is impossible to distinguish an inactive infection from an asymptomatic carrier.

Cell cytotoxicity assay is a gold standard test; it detects as little 10 picograms of toxin. Advantages: high specificity and sensitivity. Disadvantages: expensive; requires additional equipment; very laborious; not every laboratory can perform this test; requires tissue culture facility.

For treatment, stopping the inciting antibiotics is one of the most crucial step in initial treatment of CDI, receiving vancomycin orally or metronidazole also helps in severe cases and is also considered

for first line therapy. Vancomycin and fidaxomicin can be savior for CDI treatment. In some cases, colectomy and temporary ileostomy has shown some amazing results.

Conclusion: Treatment should only be started in patients with CDI symptoms; In any adult with antimicrobial-associated diarrhea, *C. difficile* can be suspected. For the diagnosis of CD, it is recommended to use a screening test and confirm with PCR or cell cytotoxicity assay.

There are no guidelines or evidence to suggest that one particular antibiotic regimen is better than the other in IBD patients who develop CDI.

Andrzej Mrozek, Mikołaj Sędzik, Jakub Rubin, Szymon Buras, Victoria Tarkowski, Zygmunt Domagała

CADAVER PRESERVING METHODS – IS IT POSSIBLE TO DO ANYTHING BETTER?

Clinical and Dissecting Anatomy Students Scientific Club

Department of Human Morphology and Embryology, Division of Anatomy

Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland

Actuality: It is impossible to imagine learning anatomy without properly fixating cadavers. Thanks to accurate preservation techniques, students can differentiate anatomical structures by their sight and touch. The formalin method was first described almost 150 years ago, and as such it may seem primitive, however it is effective and easy to use, which is why it is still in use today. Despite formaldehyde's bactericidal, fungicidal, and insecticidal properties contact with vapors of embalming solutions such as formalin may have a negative health effect. Skin drying, eczema, allergic contact dermatitis and lowered red blood cells (RBCs) and platelets are only a few symptoms that may occur as a result of spending long periods of time in places where cadavers are stored.

Goal: The aim of this work is to develop an integrated approach to cadaver preservation through the analysis of frequently used preservation techniques. This is a considerable issue because first-year students of medicine and related faculties encounter the preserved material while learning anatomy.

Materials and methods: Nature of this work is to review literature knowledge and demonstrate outcomes of research conducted in the PubMed and Google scholar databases. Following keywords were used: formalin, cadaver preservation, embalming, anatomy. Research is based on reviewing 32 different scientific papers.

Results: Due to formalin's features, other techniques were invented. In Thiel's method after liquid application tissues remain their natural color, as the method is non-irritating and almost odorless. With the rise of technology, more modern methods of cadaver preservation were developed as alternative to formalin, such as the use of N-vinyl-2-pyrrolidone (NVP) and the Modified Larssen solution (MLS), which gives the possibility to reduce formalin concentration without losing the effectiveness of tissue preservation.

Conclusions: In comparison to more modern methods, formalin seems to be the worst choice due to worse joint flexibility, tissue colour and structure and, most importantly, its cancerogenic action.

Nazarov Danylo; Nasylenko Myroslav

MICROBIOME AND CYTOKINE PROFILE DURING INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM IN OBESE MEN

Department of microbiology

Melnyk Oksana (Ph.D.)

Danylo Halytsky Lviv National Medical University,

Lviv, Ukraine

Relevance: Obesity is a global health problem worldwide, and the prevalence of obesity has increased substantially over the past 30 years. Obesity is often accompanied by chronic inflammatory processes in the male genital tract, leading to the formation of various forms of

pathospermia; reducing sperm quality, affecting male fertility. The pathogenesis lies in the interaction of microbial agents, their toxins or metabolites and their influence on the amount of interleukins. In obesity, visceral adipose tissue produces an excess of cytokines which can weaken the response of immune cells.

Purpose: to analyze the microbiome and cytokine profile in inflammatory diseases of the genitourinary system in obese men.

Materials and methods: The study was conducted at the Department of microbiology of Danylo Halytsky Lviv National Medical University. In the process of research, methods of analysis of materials from PubMed platform for the period 2010–2023 were used by keywords: obesity, interleukins, microbiome of the urogenital tract, original research reporting levels of TNF- α , IFN- γ , CSF, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6 and IL-10, IL-17, IL-18, IL-23, IL-33, IL-27, IL-12, IL-21, IL-36, IL-38, TGF- β in patients.

Findings: We discovered a wide range of microorganisms circulating in various parts of the male urogenital tract. Cytokine IL-2 is a marker of dysbacteriosis, as it is always found when there is a change in the qualitative and quantitative indicator of the microflora of the genitourinary system. The interleukin profile in diseases caused by *Ureaplasma* spp. is represented by cytokines IL-1a, IL-1b, TGF- β , IL-6, IL-8 and anti-inflammatory IL-10 TNF α . Interleukin profile of diseases caused by *Mycoplasma* spp. is characterized by IL-17, IL-18, IL-23, IL-33, IL-27, IL-12, IL-21. Among conditionally pathogenic corynebacteria that cause inflammatory diseases in the genitourinary system, *Corynebacterium* spp. the activity of which is characterized by an increase in IL-17, IL-23, TNF α and high concentrations of TGF- β . Elevated levels of TNF- α , IL-6, TGF- β in overweight and obese men are increased in seminal plasma. In addition, there was a positive correlation between TNF- α and IL-6 levels, while they were inversely proportional to sperm concentration and motility.

Conclusions: The microbial profile of the genitourinary system is represented by a constant quantitative and qualitative indicator of microorganisms. Changes in these indicators correlate with changes in the cytokine profile. Microbial toxins and inducible aggression enzymes activate the expression and differentiation of secondary messengers. IL-6, IL-8, IL-10 indicates the progression of the infectious process in inflammatory diseases of the genitourinary system in men. The concentration of IL-6 in human blood serum correlates with body mass index, increasing with obesity. Excessive production of IL-8 is associated with a high content of endotoxins and LDK of gram-negative bacteria.

Isha Phougat

PHANTOM PAIN SYNDROME. MODERN ASPECTS

Department of Normal Physiology

L.V. Babych

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University,
Vinnitsia Ukraine

Actuality. Phantom pain is a phenomenon described as a sensation experienced by a person in relation to a limb or organ that does not physically belong to the body. Nowadays this issue is becoming more important due to military actions and grows disease accompanied with limb amputation and organ resection.

Goal: to deepen knowledge about the physiological basis of phantom pain syndrome, to find out the current aspects of this issue, to focus the attention of future doctors on this syndrome.

Materials and methods. review of literary sources.

Results. Researchers of the Lviv Municipal City Clinical Emergency Hospital and Ternopil State Medical University. I. Gorbachevsky was determined that the number of amputations caused by injuries has increased significantly. According to the data of the Military Medical Department of the Ministry of Defense, for the entire duration of the event anti-terrorist operation in the east injured more 5,000 Ukrainian servicemen. More than half of them have serious injuries of the limbs and are significant amount requires prosthetics. It is growing at the same time number of lower limb

amputations associated with complicated and obliterating diabetes atherosclerosis of the vessels of the lower extremities, which indicates relevance of the problem today. A group of researchers of the Vinnytsia National Medical University, Department of Extreme Medicine, provide the following statistical data: since the beginning of the anti-terrorist operation, about 45% of the wounded have amputations and 75% of them experience phantom pains. The researchers also provide data from a survey of patients at the Vinnytsia Endocrinology Dispensary. Dr. Max Ortiz Catalan of the Chalmers University of Technology, Sweden, has developed a new theory for the mysterious condition "phantom limb pain". The foundations of his theory were published in the journal *Frontiers in Neurology*. His hypothesis builds on his previous work where he treated the condition with machine learning and augmented reality. He suggested that after amputation, the neural circuits associated with the missing limb lose their role and become susceptible to entanglement with other neural networks—in this case, the network responsible for pain perception.

The doctors of the Dnipropetrovsk Medical Institution have successfully implemented a technique that is widely used by doctors from Boston. In essence, the treatment of phantom pain in amputated limbs using this method consists in identifying the restored nerve fiber in the stump and a kind of "wadding" of it with muscle tissue.

Conclusions. This problem requires further study to improve the physical and psychological condition of such patients and improve the results of prosthetics.

К.М. Агафонов, Л.М. Агафонова

**ДОСЛІДЖЕННЯ АКТИВНОСТІ АНТИОКСИДАНТНИХ ФЕРМЕНТІВ ТА ВМІСТУ
ПРОДУКТІВ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ В МОЗКУ НА ТЛІ СВИНЦЕВОЇ
ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ЗА УМОВ КОРЕКЦІЇ**

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Піліпонова (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними спільного дослідження UNICEF та Pure Earth (2020 р.) близько 815 мільйонів дітей з країн із низьким та середнім рівнем доходів, знаходяться у зоні ризику токсичного впливу свинцю на їх організм. Дослідники, зазначають, що однією з визначних причин такого ризику є підвищене використання у цих країнах з 2000 років транспортних засобів, що використовують свинцево-кислотні акумулятори. Поширення важких металів у ґрунті, питній воді, атмосферному повітрі, а отже і в продуктах харчування виникає в результаті відсутності правильного регулювання, контролю та методів утилізації свинцевих акумуляторів. Окрім того, у більшості країн відсутня політика громадського здоров'я: профілактика, швидке виявлення, оцінка ризиків, зміна громадської обізнаності та поведінки. З огляду на вищенаведені дані можна зробити висновок, що дослідження питань впливу токсичності свинцю на тканину головного мозку є актуальною проблемою, а спосіб корекції стану залишається предметом багатьох дискусій.

Мета: експериментальне моделювання нейротоксичного впливу свинцю, дослідження активності антиоксидантних ферментів та вмісту продуктів пероксидації ліпідів в мозку на тлі інтоксикації та за умови її корекції.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження були безпородні щури-самці, масою 250-280 г. У дослідженні ми використали 23 тварини, які утримувалися на стандартному раціоні. Всіх тварин поділили на 3 групи: 1-а – інтактні щури; 2-а – тварини з свинцевою інтоксикацією, яким щоденно протягом 14-ти днів вводили інтрагастрально ацетат свинцю; 3-а – щури з свинцевою інтоксикацією та корекцією Омега – 3 (O.N.E.TM Omega). Експериментальні дослідження було проведено з дотриманням вимог гуманного ставлення до піддослідних тварин. Активність супероксиддисмутази (СОД) оцінювали за відсотком гальмування

окислення кверцетину, активність каталази - за швидкістю деградації гідроген пероксиду в реакції з амоній молібдатом.

Результати: Свинцева інтоксикація у щурів супроводжується зменшенням швидкості знешкодження супероксидного аніон-радикала за участі супероксиддисмутази (СОД) в мозку та сироватці крові відповідно на 28 та 31,3 % ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою. Поряд з цим реєструється сповільнення утилізації гідроген пероксиду за участі каталази відповідно на 30 та 35,8 % ($p < 0,05$) відносно контрольної групи. Застосування препарату « ω -3» на тлі свинцевої інтоксикації зменшує депримуєчий вплив високих концентрацій свинцю на активність антиоксидантних ферментів. За цих умов відмічається перевищення активності СОД на 19,2-27,4 %, а каталази на 22,7-30 % ($p < 0,05$) в мозку та крові щурів, порівняно з показниками нелікованих тварин.

Висновок: свинцева інтоксикація залишається актуальним та небезпечним захворюванням, що викликає ураження нервової, серцево-судинної та ниркової системи. Проведені дослідження засвідчили, що інтоксикація тварин йонами Pb^{2+} спричиняє зменшення активності антиоксидантних ферментів СОД та каталази в мозку інтактних щурів.

В.О. Артеменко, Є.С. Гончарова
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ТЕОРІЇ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ У ДІТЕЙ
Кафедра патологічної фізіології

А.О. Іваниця (к.мед.н., доцент), М.А. Березняк (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Синдром циклічного блювання (CVS) — хронічний функціональний розлад гастро-інтестинального тракту (ГІТ) невизначеної етіології, що характеризується епізодичними нападами нудоти, блювання, тривалістю від декількох годин до кількох днів, що чергуються з безсимптомним періодом, який триває декілька тижнів. Поширеність CVS скаладає 1,8-3,3%, і припадає на дітей віком від 2 до 8 років. Дискусійне питання стосовно патогенезу CVS, можливість трансформації в соматичну патологію обумовлюють актуальність вивчення даної патології.

Мета. Визначити етіологічні й патогенетичні фактори CVS.

Матеріали та методи. Мета-аналіз 3 клінічних досліджень, системний огляд відомостей наукових баз даних PubMed, Elsevier.

Результати. Етіологічно CVS може бути обумовлено інфекцією, стресом, харчовою алергією, фізичним навантаженням, споживанням продуктів, що містять глутамат натрію, аспартам. В основі патогенезу CVS лежать три теорії: порушення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (ГГНС), ендоканабіноїдної системи (CVS) і мітохондріальна дисфункція (МД). Гіперчутливість ГГНС може призвести до вивільнення кортикотропін-рилізинг-фактора (КРФ), який безпосередньо здійснює на гальмівні нейрони стимулюючий вплив в дорзальних ядрах вагуса, що призводить до різкого припинення евакуації харчової грудки зі шлунка в кишечник, що викликає нудоту, блювання. МД, в умовах дії тригерного фактора призводить до енергетичної недостатності, що призведе до надлишкового синтезу кетонових тіл як компенсаторну реакцію на утворення транспортної форми енергії. У свою чергу, ECS — універсальна сигнальна структура, що забезпечує регуляцію нервової системи (НС), імунних процесів, енергообміну, диференціації клітин. Ендоканабіноїди (ЕК) розповсюджені в різних системах, включаючи ГІТ. Дослідження вказують на те, що рівні ЕК, зокрема анандаміду й 2-арахідоноілгліцеролу, у крові дітей з CVS порівняно із здоровими були знижені. Відомо, що ECS забезпечує гомеостаз у травній системі, контролюючи перистальтику, виділення жовчі, імунну функцію ГІТ. ЕК забезпечують протиблювотний, протизапальний ефект, а також зниження відчуття болю, голоду. Тому, зниження рівня ЕК може призвести до порушення функції нейромедіаторів й гормонів, які відповідають за регуляцію ГІТ. Крім того, зниження

рівнів ЕК впливає на розвиток запалення у травній системі, що призводить до посилення симптомів CVS. Деякі дослідження вказують на зв'язок між зниженням рівнів ЕК та дисбалансом між симпатичною та парасимпатичною НС, що може також сприяти розвитку CVS.

Висновок. Таким чином, при порушеннях ГГНС, КРФ може бути безпосереднім медіатором в системі НС та ГПТ, що обумовлює першу патогенетичну теорію CVS. МД, синтезом кетонових тіл, індукує ацетонемічний синдром. Також, ECS відіграє важливу роль у патогенезі CVS. Зниження рівнів ЕК може призводити до збільшення запальних процесів у травній системі, дисбалансу між симпатичною й парасимпатичною НС. Таким чином, виявлення знижених рівнів ЕК може бути використано для розробки нових методів діагностики CVS.

А. А. Бадьора

РОЛЬ НЕЙРОНІВ МІСЦЯ ГІПОКАМПА У РОЗВИТКУ ТА РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра нормальної фізіології
Л.С. Лойко (к. псих. наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Хвороба Альцгеймера – одне з найпоширеніших нейродегенеративних захворювань літнього покоління. В першу чергу вражається гіпокамп, що відповідає за консолідацію пам'яті та побудову "когнітивних карт" у мозку. У даній роботі ми розглянемо які симптоми найпершими проявляються на ранніх етапах хвороби Альцгеймера та як вони допомагають її діагностувати.

Мета дослідження: Дослідження ознак, що спрощують ранню діагностику хвороби Альцгеймера

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури щодо сучасних уявлень патогенезу хвороби Альцгеймера.

Результати: При хворобі Альцгеймера першими вражаються відділи мозку, що відповідають за пам'ять і просторову орієнтацію, особливо гіпокамп, в якому знаходяться нейрони місця, що формують "когнітивні карти" в мозку, що сповіщають нас, де ми знаходимось. Переміщуючись у просторі, ми будуємо своєрідну GPS-карту, де кожен нейрон «координатної сітки» активується в декількох місцях досліджуваного місця так, що карта активацій виглядає як гексагональна решітка, де кожен вузол решітки — активація. При ураженні нейронів координатної сітки відбувається розрив цих синапсів, що й зумовлює клінічну картину. Більше 60 % хворих страждають від дезорієнтації, зниженням просторової пам'яті і блукаючої поведінки - найперші диференційні симптоми Альцгеймера, що відрізняють це захворювання від інших деменцій. Тому їх слід враховувати при постановці діагнозу.

Висновки: У даній роботі ми дослідили, що порушення структури та функцій гіпокампу, що одним з найперших в мозку вражається хворобою Альцгеймера, призводить до появи таких ознак на ранньому етапі, як блукаюча поведінка і зниження просторової пам'яті та здатості орієнтуватись на місцевості. Врахування цих проявів призведе до успішної діагностики захворювання на початку його формування.

В.В. Барановський
**ХАРАКТЕРНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ В ДІАГНОСТИЦІ
СИНДРОМУ ШЕРЕШЕВСЬКОГО-ТЕРНЕРА**

Кафедра медичної біології
Н.М. Гринчак (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Успіхи у сфері профілактики спадкових хвороб особливо помітні останніми роками. Це пов'язано з широким використанням в практиці охорони здоров'я медико-генетичного консультування та пренатальної діагностики внаслідок інтенсивному вивченню характерних клінічних ознак спадкових захворювань. Знання спадкових синдромів необхідно для правильного визначення клінічного прогнозу, прогнозу життя, а також прогнозу щодо професійної придатності хворого та генетичного прогнозу родичів та нащадків.

Мета: Описати характерну клінічну картину даного спадкового синдрому. Виявити частоту прояву цих ознак, риси та особливості.

Матеріали та методи: Аналіз та вивчення різних джерел з приводу дослідження даної генетичної патології. Огляд інформації з сучасних статей, звітів, видань.

Результати: Синдром Шерешевського-Тернера - єдина форма моносомії у живонароджених. Мінімальні діагностичні ознаки: набряк кистей та стоп; шкірні складки на шиї; низький зріст; вроджені вади серця; первинна аменорея; повна або часткова моносомія за X-хромосою. Типові ознаки синдрому: низький ріст (98%); Іноді відзначається рання вторинна аменорея. У новонароджених у 45% випадків зустрічається периферичний лімфатичний набряк. Крім цього, спостерігаються коротка шия (70%); епікант (30%); гіпоплазія чи гіпертрофія нігтьових пластинок (75%); ураження серцево-судинної системи (15%); найчастіше зустрічаються коарктація аорти та дефект міжшлуночкової перегородки(34%); гіпертензія (30%); аномалії сечової системи (40%); гіперпигментація шкіри (60%). Відзначаються зниження гостроти зору (22%); зниження слуху (52%); мікрогнатія (40%); воронкоподібна грудна клітина (38%). У 16% випадків повної моносомії X виявлено зниження розумового розвитку. Менш частими ознаками, що не мають важливого діагностичного значення, є гіпопластичні соски, птоз, гіпертелоризм, аномалії ребер.

Висновок: Узагальнюючи вищевикладене, слід зазначити, що виділені специфічні фенотипові ознаки та частоти їх прояву в даній патології допомагають лікарю в постановці правильного діагнозу.

Є.В. Бейреш

ВПЛИВ ТЕСТОСТЕРОНУ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО САМОГУБСТВА У ПІДЛІТКІВ

Кафедра нормальної фізіології
К.В. Супрунов (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Суїцидальна поведінка є серйозною проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах світу. За даними ВООЗ середній рівень самогубств для вікової групи від 15 до 19 років за останній рік становив 7,4/100 000 населення. Серед чоловіків показники самогубств були вищими (10,5), ніж серед жінок (4,1), що стосується всіх європейських країн. Сьогодні самогубство серед підлітків є однією з головних причин смерті, адже з 132 423 смертей молодих людей у 90 країнах 9,1% становили самогубства. Стосовно ситуації в Україні, то статистика показує, що за перших пів року 2021-го їхня кількість сягнула 150, що на кілька десятків більше, аніж за увесь 2020 рік. Не менш важливим аспектом суїцидальної поведінки підлітків, досліджуваної нами категорії, є їхній гормональний фон. Гормональні зміни, які

відбуваються в цей період, мають значний вплив на розвиток мозку, поведінку підлітків і ризику депресії, які лежать в основі виникнення суїцидальних нахилів.

Мета: Дослідити особливості гормонального фону в осіб підліткового віку які мають схильність до самогубства.

Матеріали та методи: Аналіз зарубіжної наукової літератури з нейрофізіології та ендокринології (PubMed, frontiers, molecular psychiatry) з застосуванням статистичного та порівняльного методів.

Результати: Статеве дозрівання є одним з факторів схильності до самогубства. Його початок формує нейронні ланцюги, головною функцією яких є регуляція емоцій та контроль поведінкових реакцій. У підлітків віком від 15-19 років самогубство частіше зустрічається у чоловіків ніж у жінок. Існує теорія, що імпульсивно агресивна поведінка більш тісно корелює з рівнем тестостерону (Timothy R. Rice та ін., 2015). Дослідження показали, що у чоловіків, які намагались покінчити життя самогубством рівень тестостерону був вищий в спинномозковій рідині ніж у здорових (Leo Sher та ін., 2017). Під час статевого дозрівання у підлітків підвищення рівня тестостерону може призвести до збільшення утворення дофаміну. Дані свідчать про нижчу секрецію гормону у пацієнтів з депресією, які покінчили життя самогубством, аніж померли своєю смертю. Рівень дофаміну у пацієнтів які намагались скоїти самогубство нижчий ніж у тих хто не намагався. Стосовно впливу на ЦНС у підлітків, то у пубертатному періоді високий рівень тестостерону був пов'язаний з білою речовиною, що входить до складу нервових трактів, які беруть участь у соціалізації та емоційній регуляції, включно з пучком, що з'єднує мигдалеподібне тіло з мозолистим тілом (Menzies L та ін., 2015). Дослідження з використанням фМРТ показали, що у здорових молодих чоловіків активація в мигдалині - структурі мозку, яка містить андрогенні рецептори і на яку впливають циркулюючі андрогени, позитивно змінюється залежно від концентрації тестостерону в сироватці крові.

Висновки: Отже, тестостерон можна вважати модератором поведінкових реакцій на події, що пов'язані з втратою соціального статусу. Підвищення базального рівня дофаміну тісно пов'язано з тестостероном.

М.Ю. Бишек, А.В. Морозюк, В.М. Преверенда

МУЛЬТИВЕЗИКУЛЯРНІ ТІЛЬЦЯ: ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОФІЗІОЛОГІЇ

Кафедра гістології, цитології та ембріології

М. О. Черних (доцент, кандидат медичних наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: мультивезикулярні тільця (МТ) – це важлива складова транспортних систем та ендосомального обміну в нюхових сенсорних нейронах (НСН).

Мета: проаналізувати останні данні щодо функціонування мультивезикулярних тілець як посередників у передачі білків нюхової циліарної трансдукції.

Матеріали та методи: аналіз наукових статей в наукометричних базах даних: PubMed, MedScare, Scopus та Web of Science.

Результати: Останні дані вказують, що діаметр МТ >250нм, вони мають одну зовнішню мембрану, що оточує внутрішні везикули, кількість яких може змінюватися. МТ виконують низку функцій, а саме: посередництво у сортуванні білків між ендоцелюлярними компартментами; реверсія білків до плазматичної мембрани або руйнування їх вмісту шляхом злиття з лізосомами; злиття з плазматичною мембраною та вивільнення везикул у вигляді екзосом, утворення меланосом у меланоцитах та зберігання фактору фон Віллебранда у везикулах з подальшим вивільненням у вигляді екзосом тромбоцитами та ендотеліоцитами. Дослідження шведських учених (Devendra Kumar Maurya, Anna Berghard, Staffan Bohm)

показали, що окремий тип МТ опосередковує ретроградну передачу сигналів у нейронах симпатичної нервової системи, зокрема в НСН.

Розпад обмежувальної мембрани призводив до вивільнення везикул з МТ в дендритах НСН. Закупорка ніздрів у 12-денних мишей з односторонньою оклюзією носа обумовлює сенсорну депривацію НСН іпсилатерально до оклюзованої ніздрі, тоді як НСН на вільній стороні отримують подвійний об'єм вдихуваного повітря з подразниками. Сенсорна депривація збільшила кількість МТ в НСН та призвела до їх накопичення. Оклюзія рецепторної зони нюхового аналізатора збільшила відсоток неактивних НСН з МТ, і зменшила відсоток активних НСН без МТ. Ефект оклюзії був характерним не лише для незакритої сторони, але й для НСН контрольної групи. Це вказує на те, що вдихання подвійного об'єму повітря з нюховими подразниками на неоклюзованій стороні не чинило істотного впливу на накопичення МТ. Відтак, результати підтвердили гіпотезу про те, що нюхові подразники сприяли розпаду обмежувальної мембрани МТ в НСН, що в кінцевому рахунку призводило до вивільнення внутрішніх везикул.

Висновки: дослідження показали, що МТ здатні до накопичення речовин у внутрішніх везикулах. Руйнування мембрани МТ призводить до вивільнення вмісту внутрішніх везикул, що відіграють роль посередника у передачі білків нюхової циліарної трансдукції.

А.О. Боєнко

НАСЛІДКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ГОЛОВНИЙ МОЗОК

Кафедра анатомії людини

Т.В. Ходак (асистент кафедри анатомії людини)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними дослідження психологічного стану українців, понад 90 % опитаних мають хоча б один з симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а 57 % перебувають у зоні ризику розвитку ПТСР [1]. Враховуючи довготривалу війну, кількість людей, що перебуває в стані стресу, однозначно буде зростати. У вищезазначеному контексті обрана тема є актуальною з наукової та практичної точок зору.

Мета: На основі аналізу наукової літератури визначити негативний вплив ПТСР на головний мозок.

Матеріали та методи: Інформаційною базою дослідження стали праці відомих українських та зарубіжних вчених, а саме: Бурчинського С.Г., Морі Є., Лисенко М.В., Addison Anderson, Dr. Kashouty та інші. Використано загальнонаукові методи дослідження: синтез та дедукція.

Результати: Посттравматичний стресовий розлад – це відтермінована реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Виникає не під час травмуючої події, а у віддалені терміни – після виходу людини зі стану надтяжкого стресу. Латентний період складає, як правило, 2-6 місяців з моменту отримання психологічної травми.

У науковій медицині відомо, що при ПТСР запускається гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова (ГГН) вісь, яка стимулює виділення кортизолу пучковою зоною кори наднирників, тривала дія якого спричиняє порушення в роботі головного мозку, а саме:

- відбувається підвищення активності та збільшення нейронних зв'язків в мигдалеподібному тілі, у центрі страху головного мозку;
- нейронні зв'язки структур гіпокампа виснажуються;
- гіпокамп пригнічує активність ГГН осі, при цьому вплив стресу на головний мозок збільшується, тобто спостерігається обернено пропорційна залежність;

- зменшуються розміри мозку, адже під впливом кортизолу втрачаються синаптичні зв'язки між нейронами;
- зменшується кількість кількості нових мозкових клітин, які виробляються в гіпокампі, що створює передумови для дегенеративних захворювань головного мозку, таких як: депресії та хвороби Альцгеймера.

Таким чином, вплив ПТСР на головний мозок має абсолютно негативні наслідки і як результат, буде потребувати довготривалого лікування. Саме тому ми вважаємо, що попередити настання ПТСР є однією з першочергових задач, яка потребує зусиль як лікаря, так і пацієнта.

Висновки: Таким чином, вищезазначене дозволяє дійти до висновку, що актуальність стрес-залежних порушень головного мозку в умовах сьогодення невпинно зростатиме. Тому подальші дослідження зазначеної проблематики залишаються серед пріоритетних в сучасній медицині.

В.М.Бондар, В.С. Стадник
**КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ЗВ'ЯЗОК IQ ТА EQ У РІВНІ УСПІШНОСТІ В НАВЧАННІ
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПЕРШОГО КУРСУ**

Кафедра медичної біології.

І.М. Климчук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: показники IQ та EQ – це важливі складові особистого розвитку кожної людини. Від них залежить вміння сприймати та засвоювати інформацію, розпізнавати емоційні стани, як власні так і оточуючих. Саме взаємодія розумового та емоційного інтелектів впливає на становлення особи в тій чи іншій сфері життя.

Мета: Встановити вплив кореляції між рівнем розумового та психоемоційного розвитку на навчальну успішність студентів.

Матеріали та методи: дослідна група складена з 15 студентів 1 курсу ВНМУ. Склад групи: студенти і студентки віком від 17 до 21 року, державної і контрактної форми навчання. Групу протестовано на визначення рівня IQ, EQ та класифікацію психотипу за результатами «DISC». Також був врахований середній навчальний бал за системою ECTS(200).

Результати: дослідна група за середнім навчальним балом була розділена на 3 підгрупи: перша – середній бал >180; друга – середній 160-180; 3 група – середній бал <160. Згідно отриманих результатів тестування: I підгрупа – IQ від 110 до 115, «DISC»: 75% - добросовісний, 25% – домінуючий, EQ – вся група відноситься до аналітиків, з яких: 50% - стратеги, 50% командири; II підгрупа – IQ від 84 до 107, «DISC»: 62,5% – добросовісний, 25% – домінуючі, 12,5% – стабільні, EQ – учасники мають різні типи особистості в рівних співвідношеннях; III підгрупа – IQ від 96 до 114, результати «DISC»: 33,3% – впливовий, 33,3% – домінуючий, 33,4% – добросовісний, EQ – 66% відноситься до «шукачів», 34% відносяться до «активістів».

Проаналізувавши результати, можемо сказати, що для:

– I підгрупи студентів притаманні високий показник IQ, робота на результат, системність і точність, швидка реакція, стабільна і сильна мотивація та добре володіння риторикою і мистецтвом переконання;

– II притаманні: середній рівень IQ, особисті якості багато в чому співпадають з I підгрупою визначаються вмінням працювати в команді, уважності до оточуючих та надійності;

– III притаманні: високий і середній рівні IQ, особисті якості полягають в оригінальності, сміливості, непостійності, невмінні сфокусуватися, емоційності.

Висновок: отже, у студентів-медиків ми чітко бачимо вплив взаємодії емоційного та розумового інтелектів на рівень успішності в навчанні. Студенти з високим рівнем успішності в навчанні мають високий EQ, що дає їм можливість активізувати свій розумовий процес,

результатом якого є високий IQ та підвищена мотивація. Студенти з середнім рівнем успішності в навчанні мають середній EQ та IQ, мотивація дещо знижена та може піддаватися впливам, таким як: інтенсивність навчання та форма навчання. У студентів з низьким рівнем успішності в навчанні низький рівень EQ, як наслідок маємо різні рівні IQ, що пов'язано з відсутністю стабільної мотивації. Тому можемо сказати, що великих успіхів у навчанні не можливо досягти без високих IQ та EQ.

С.В. Борисенко, А.О. Андрушко

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ, ЯК ІНСТРУМЕНТ ВІДМІННИХ ОЦІНОК НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗІОЛОГІЇ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Довгань (доц., к.мед.н.)

Вінницький медичний національний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У наш час питання штучного інтелекту здійснює революцію в інформаційному середовищі. Його масово використовують для швидкого доступу до будь-якої інформації в різних сферах діяльності. Розробники декларують, що перевагою даних систем є здатність обробляти великі об'єми даних й подавати матеріал стисло й в короткий час. Подібні системи позиціонуються як такі, що здатні істотно покращити ефективність вивчення матеріалу, а часто й замінити викладача чи навіть університет.

Мета: Дослідити вплив використання систем штучного інтелекту на прикладі ChatGPT, на продуктивність вивчення матеріалу при підготовці до занять із фізіології та зробити порівняння успішності студентів з використанням системи та традиційної підготовки.

Матеріали та методи: Застосування пошукових систем для виявлення необхідної інформації та генерування ідей, тестування штучного інтелекту серед одногрупників, проведення порівняльних характеристик різних когнітивних технологій, врахування оцінок, отриманих наприкінці пари.

Результати: Дуже зручно було використовувати пошукові системи, адже вони надавали інформацію швидко та упорядковано. Час очікування відповіді на поставлені питання був короткий. Ми отримали структуровано-впорядковані відомості в тому числі сучасних наукових робіт, експериментів і спеціалізованих керівництв. Нейромережа подала інформацію просто і доступно, тим самим давши можливість зрозуміти тему нашого предмету набагато краще з меншою витратою часу. Однак, різні моделі штучного інтелекту містили помилки або надавали неточні відповіді на деякі питання. Це було спричинено неправильним розумінням контексту. Не зважаючи на те, що деякі питання були задані некоректно, платформа однаково шукала інформацію за ключовими словами, іноді вимагала більш точного пояснення щодо наших запитів. Зрештою, ми назбирали достатню кількість інформації для кращого розуміння матеріалу з фізіології. На парі було легко відповідати на питання, які поставив викладач. Всі, хто використовував штучний інтелект у підготовці до пари, отримали відмінні оцінки.

Висновок: штучний інтелект може бути дуже корисним інструментом для підготовки до пар. Віртуальний помічник сприяє ефективному вивченню матеріалу, що в свою чергу дозволяє досягнути кращих результатів у навчанні.

А.М. Бородай, П.О. Рубан

ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІВ

Кафедра нормальної фізіології

Л.С. Лойко (к. псих. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінниця, Україна

Актуальність: Наразі професія психолога набуває все більшої популярності серед усіх сфер життя. Сьогодні зустріти представників даного фаху можна як в клініках, будь-яких престижних фірмах, так і дитячих садках, школах тощо. Дана професія вимагає велику кількість необхідних рис. Люди під впливом «психологічних» журналів, телепередач, посібників з розділу «Як правильно думати, щоб стати багатим», формують образ психолога-професіонала. На жаль, в наш час існує багато стереотипів щодо даного фаху, зокрема «відвідування психолога - привілея багатих чи хворих людей», «гарний лікар – літній лікар з великим досвідом» і т. д.. Так як зараз розвелось багато шарлатанів і «великих спеціалістів» без належної освіти, треба бути уважним та обачним під час вибору лікаря-психолога.

Мета дослідження: Аналіз професійного самовизначення психологів, його формування і поняття індивідуальності.

Методи дослідження: Репрезентативна вибірка серед студентів 3,4 курсів спеціальності психологія.

Результати дослідження: Студенти третьокурсники виділяють такі найважливіші фактори для успіху в даній професії: особистісні якості – 95%, зацікавленість у навчанні – 76%. Фактори, що заважають розвитку: лінощі – 50%, нестача професійної літератури – 33%. Також були згадані соціальні умови, стан здоров'я, примусовість у виборі професії. А для четвертих курсів такі: психологічна практика – 18%, зацікавленість до предметів – 16%, любов до дітей – 2%. Фактори, що заважають – нестача необхідної літератури – 41%, обмеженість вибору отримання практичного досвіду – 18%. Ще згадуються байдужість зі сторони викладачів – 3%.

Висновки: Таким чином, професія лікаря-психолога вимагає не лише великого багажу знань, відповідної освіти, а й моральну й емоційну зрілість.

А. В. Бурик

ВПЛИВ ХОДЬБИ З ДОДАТКОВИМ МОТОРНИМ ЗАВДАННЯМ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ

Кафедра нормальної фізіології

О. В. Богомаз (к. біол. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Однією з важливих проблем фізіології рухової діяльності людини є вивчення ходьби і, зокрема, в умовах різних фізіологічних парадигм. Наукові дослідження ряду авторів (Мороз та ін., 2022) з вивчення звичайної ходьби та ходьби з додатковими завданнями були спрямовані, в основному, на вивченні особливостей просторово-часової організації ходьби. У доступній літературі нами не знайдено досліджень, що стосуються впливу на тонус автономної нервової системи (АНС) ходьби в умовах різних фізіологічних парадигм.

Мета. Визначити показники тонусу АНС при звичайній ходьбі та при ходьбі з одночасним виконанням додаткового моторного завдання.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на устаткуванні Commit GmbH VNS-Analyse. Отримано та опрацьовано наступні показники: SDNN, HF, RMSSD, SI, DFA alpha1. Обстежено 6 юнаків (середній вік $19,2 \pm 1,6$ роки) та 7 дівчат (середній вік $18,7 \pm 1,0$ роки) студентів ВНМУ. Показники реєстрували в положенні сидячи та лежачи після звичайної ходьби з довільною індивідуально зручною швидкістю та ходьби з додатковим моторним завданням (утримання перед собою обома руками «пристрою для оцінки здатності стабілізувати положення рук» (Мороз та ін., 2019)). Пристрій складається з дерев'яної основи з двома металевими перекладами, на яких вільно розташовується пластмасова куля, яку необхідно утримати від падіння під час ходьби. Статистичну обробку отриманих даних проводили в пакеті "STATISTICA 5.5" (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М. І. Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA).

Результати. При оцінці результатів враховували, що неоднорідність інтервалів R-R на ЕКГ є важливим показником варіабельності ритму серця (BPC), який є наслідком безперервного конкуруючого впливу на серцеву діяльність симпатичного й парасимпатичного відділів АНС. Результати автоматичного опрацювання за алгоритмом VNS-Analyse дозволили оцінити наступне: частоту серцевих скорочень (HF), тонус симпатичної нервової системи (SI), тонус парасимпатичної нервової системи (RMSSD), взаємодію між симпатичною і парасимпатичною нервовою системами (SDNN). Встановлено, що після ходьби з додатковим моторним завданням у порівнянні зі звичайною ходьбою зріс показник SI в положенні лежачи з $31,55 \pm 24,25$ до $53,14 \pm 48,84$, зменшився показник RMSSD в положенні сидячи з $43,45 \pm 36,27$ до $35,96 \pm 16,47$, в положенні лежачи з $65,51 \pm 48,59$ до $60,19 \pm 41,95$, показник SDNN зменшився в положенні сидячи з $68,85 \pm 29,03$ до $62,79 \pm 17,96$ та збільшився в положенні лежачи з $85,55 \pm 34,45$ до $87,92 \pm 41,06$. Практично не встановлено змін показника HF.

Висновки. Ходьба з додатковим моторним завданням має складний вплив на показники BPC. Великі значення стандартних відхилень пов'язані з малою кількістю досліджених осіб. При продовженні дослідження та збільшенні числа обстежених будуть отримані статистично достовірні результати.

А.О. Василевич

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Кафедра нормальної анатомії

В.В.Стрій (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щодня кількість пацієнтів, що потребують трансплантації зростає. Через катастрофічний дефіцит необхідних органів та біологічних матеріалів більшість людей помирають, так і не дочекавшись операції. З 5000 осіб, які потребують трансплантації, щороку помирає близько 3400, тобто за 1 день близько 9 смертей. У США щодня реєструють 30 смертей пацієнтів у листі очікування на донорські органи.

Генно-модифіковані свині могли б вирішити цю проблему, ставши донорами життєво важливих біологічних матеріалів. До того ж ці тварини можуть надати тканини та клітини для лікування таких патологій як діабет, хвороба Паркінсона та рогівкова сліпота.

У січні 2022 року команда Медичного центру університету Меріленду пересадила серце 57-річному Девіду Беннетту, використовуючи свиню-донора DPF з 10 генетичними модифікаціями. Хоча пацієнт помер через 2 місяці після операції, ця перша пересадка свинячого серця стала історичним моментом у медицині.

Мета: Дослідити основні проблеми та перспективи розвитку ксенотрансплантології; визначити можливі сфери застосування даної методики.

Матеріали та методи: опрацювання Інтернет-джерел, статистичних даних, наукового журналу- The New England Journal of Medicine, NEJM, інформація із офіційного сайту університету Меріленду (University of Maryland).

Результати: Основною проблемою ксенотрансплантології є відторгнення трансплантату імунною системою людини. У більшості ссавців (зокрема й у свині) на поверхні клітин є молекули вуглеводів, що називаються альфа-гал. Люди та інші примати в процесі еволюції втратили ці структури у своїй будові. Відповідно якщо пересадити орган свині в організм людини, імунна система сприйме їх як чужорідні тіла і намагатиметься відторгнути. Виведення трансгенних свиней (hCRP) з одним або декількома регуляторними протеїнами згортаючої системи людини, наприклад, тромбомодуліна (CD39), ендотеліального клітинного білка C-рецепторів вивчаються.

Ще одним малодослідженим аспектом є захворювання ссавців, особливо віруси та бактерії. Серед них є такі види, чий геноми “закріпились” у геномі людини. Наприклад, у свині паразитують такі віруси, як PERV (ендогенні ретровіруси свині). За звичайних умов вони не несуть ніякої шкоди людині, але якщо потраплять всередину людського організму разом із трансплантатами, то ймовірно можуть призвести до зародження нових захворювань, які передаватимуться від людини до людини.

Варто також виділити етичні проблеми- використання тварин як джерела органів викликає моральні проблеми, особливо коли йдеться про добробут і права залучених тварин.

Також існують технічні питання, пов’язані з ксенотрансплантацією, зокрема труднощі пошуку відповідної тварини-донора.

Висновок: Розвиток ксенотрансплантації з одного боку є багатообіцяючою перспективою, та з іншого боку викликом науки і в цілому людству. Для повного розуміння її потенціалу та обмежень необхідні постійні дослідження та розробки в цій галузі.

Л.П. Велієва

АТЕРОСКЛЕРОЗ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ЯК ПРИЧИНА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ КИШЕЧНИКА

Кафедра патморфології

Н.І. Горголь (д.к.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Ішемія кишечника – це патологічний процес, який характеризується звуженням просвіту судин черевної порожнини, що призводить до порушення кровопостачання.

Мета: дослідити атеросклероз мезентеріальних артерій як причину ішемічної хвороби кишечника.

Матеріали і методи: був використаний бібліографічний метод та проаналізовані фахові наукові видання.

Результати: Порушення кровопостачання залежить від трьох основних артеріальних стовбурів: чревної артерії, нижньої і верхньої мезентеріальних артерій. Обидві брижові артерії розгалужуються на численні гілки, що утворюють мережу допоміжних судин. Велике значення має ураження верхньої мезентеріальної артерії, оскільки вона кровопостачає підшлункову залозу, тонку кишку, значну частину товстої кишки, тобто на фоні ішемії можлива судинна патологія багатьох органів травного каналу. Ураження нижньої мезентеріальної артерії зустрічаються значно рідше. Кишкова ішемія може локалізуватися в товстому чи тонкому відділі кишечника, мати хронічний перебіг або розвинутися гостро. Причиною хронічної ішемії кишечника у більшості випадків є стенозуючий атеросклероз мезентеріальних артерій. При хронічній абдомінальній ішемії недостатнє надходження крові в судини стінки кишечника частково компенсується за рахунок колатеральних судин, але ж поступово в стінці кишечника розвиваються дистрофічні та атрофічні зміни як епітелію, так і інших шарів, йде уповільнення метаболічних процесів, припинення вироблення ферментів, що відбивається на травленні. Проникнення мікроорганізмів спричиняє запалення та фіброз стінки кишечника. Хронічна мезентеріальна ішемія може переходити у гостру, коли відбувається порушення кровопостачання за рахунок спазму, тромбозу, емболії, що веде до оклюзії просвіту судин, декомпенсації кровопостачання і розвитку інфаркту кишечника. Ризик артеріального тромбозу збільшується у людей з інфарктом міокарда, ендокардитом, ревматичними вадами на фоні атеросклерозу. Причиною тромбозу можуть бути також порушення центральної гемодинаміки та гіповолемія, а причиною тромбоемболії – тромби лівих порожнин серця, аорти та її аневризми.

Висновки: Таким чином, атеросклероз мезентеріальних артерій є однією з ключових ланок патогенезу хронічної та гострої мезентеріальної ішемії. У виникненні інфаркту кишечника провідну роль відіграють спазм, тромбоз та тромбоемболія. Він набуває червоного кольору, бо є наслідком геморагічного просякнення, до чого призводить венозний застій, який є наслідком оклюзії системи судин.

Л. П. Велієва

РОЛЬ ПРОСТАЦИКЛІНУ PGI₂ У ПАТОГЕНЕЗІ ЗАПАЛЕННЯ

Кафедра загальної та клінічної патофізіології імені Д. О. Альперна

О.М. Шевченко (д. мед. н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Запалення — це реакція, яка супроводжує кожний патологічний процес. У ролі посередників беруть участь різноманітні медіатори. Доцільним є вивчення простациклінів – нестабільних простагландинів, які беруть участь у патогенезі цього процесу.

Мета: Вивчити роль простациклінів PGI₂ у патогенезі запалення.

Матеріали і методи: Були оглянені та оброблені наукові бази та фахові роботи науковців.

Результати: Простациклін PGI₂ — сильний ендогенний інгібітор агрегації тромбоцитів. Він вважається медіатором запалення, бо є вазодилітатором, збільшує сприйняття болі та збільшує проникність судин, як і простагландин E₂. У основному синтезується у інтимі судин, та меншість — в адвентиції. Синтез відбувається за участі епітеальних клітин у більшій мірі — легень. Вазодилітація є наслідком того, що він має властивість розслаблювати гладкі м'язи. Простациклін PGI₂ має імуносупресорні та протизапальні ефекти, та проявляє їх у регуляцій адаптивної та вродженої імунних систем. Велику роль грає у алергічних запаленнях, а його продукція збільшується під час алергії, та це було досліджено *in vivo* на мишах, у яких був присутній дефіцит рецепторів простацикліну — IP, на яких вивчали ендогенну роль передачі сигналу простацикліну, навіть при екзогенному введенні. Було підтверджено, що він є супресором гострого алергічного запалення, бо рівень імуноглобулінів був підвищений. Подальші дослідження довели, що блокування простацикліну призводить до підвищення ризику подальшого запалення при алергічній астмі. Він бере участь у пригнічуванні Th2-інфільтрації через інгібування CCL17-продукованого хемоатраксису. Важлива його участь у зменшенні вироблення гормону голоду – греліну, що може виникати при деяких гострих запаленнях. Бере участь і у хронічних запаленнях, наприклад, при хронічному ревматичному артриті знаходиться у синовіальній рідині у великій кількості. Щодо імунної системи, то при вродженій має роль модулятора макрофагів, еозинофілів, дендритних клітин і епітеальних клітин. Рецептори IP експресуються на поверхні макрофагів, фібробластів, нейтрофілів та Т-клітин. Окрема роль у профілактиці алергічного запалення припускається у підтримці ендотеального бар'єру, бо під час дослідів був здатен перешкоджати трансміграції еозинофілів та посилювати бар'єр. Аналоги простацикліну мають властивість пригнічувати цитокіни T1 та Th2 через Т-клітини CD4. І також вивчався вплив аналогів простацикліну PGI₂ на В клітини, але ці два питання залишаються суперечливими.

Висновки: Простациклін PGI₂ має активну роль при хронічному та гострому запаленні. Може виступати у ролі посередника при алергічному запаленні та у його профілактиці. Також має властивості вазодилітатора, і властивості схожі на інших простагландинів запалення.

Г.Ю. Гаврилюк
ОСТЕОПОРОЗ. ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ
Кафедра анатомії людини
Н.П. Очеретна (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: патологія кісткової тканини за даними ВООЗ є однією з основних медико-соціальних проблем та посідає 4 місце після захворювань серцево-судинної системи, онкологічних захворювань і цукрового діабету. Проблема остеопорозу набула поширення внаслідок збільшення кількості людей зрілого віку, включаючи жінок в період менопаузи. Обізнаність людей про таке захворювання, як остеопороз, причини його виникнення, фактори прояву, вплив генетичної схильності, способу життя та типу харчування значно зменшили б відсоток захворюваності в Україні.

Мета дослідження: розглянути проблему остеопорозу в цілому, прояви та стадії, сучасні методи діагностики та варіанти лікування. Провести анкетування респондентів для визначення взаємозв'язку кількості споживання кальцію та ІМТ з ризиком розвитку остеопорозу в подальшому. Зробити висновки з дослідження та надати рекомендації.

Матеріали та методи: аналіз та опрацювання літератури; використання інтернет-ресурсів; анкетування та опитування респондентів.

Результат. Остеопороз – системне захворювання скелета, яке характеризується зменшенням кісткової маси на одиницю об'єму, порушенням кісткової тканини, яке призводить до підвищення крихкості кісток. Частіше остеопороз діагностують у пацієнтів у зрілому віці. У жінок у постменопаузальному періоді, оскільки з віком зменшується кількість виробленого естрогену, який сповільнює зменшення маси кісткової тканини, а в чоловіків після 60 років знижується вироблення тестостерону. Крім фізіологічних змін, які відбуваються в організмі з віком причинами виникнення остеопорозу можуть бути: генетична схильність, захворювання ендокринної системи, виснаження запасів кальцію організму в період вагітності та лактації, критично мала вага, сидячий спосіб життя та незбалансоване харчування, шкідливі звички. Для діагностики остеопорозу використовують: рентгенівську та ультразвукову денситометрію, комп'ютерну томографію, біохімічні маркери кісткової тканини. На основі проведеного у 2020 році опитування учнів і працівників комунального закладу «Вінницький ліцей № 35» зроблені висновки про взаємозв'язок ризику виникнення остеопорозу з вмістом кальцію в середньому добовому раціоні опитаних, ІМТ та способом життя. Дані щодо фактичного харчування респондентів вказують на те, що більше 90% з них не споживають середньодобову норму кальцію. З другої частини анкетування ми визначили, що 43% опитаних осіб чоловічої статі і 42% - жіночої мають ІМТ нижче норми. Це значно збільшує ризик виникнення порушення мінерального обміну і, як наслідок, зростає ризик виникнення остеопенії, і в подальшому – остеопорозу. 26% респондентів мають встановлений діагноз «первинний остеопороз», один з респондентів знає про наявність в себе «вторинного остеопорозу». Раціональне харчування – це один із методів профілактики для запобігання появі остеопорозу в усіх вікових періодах. Воно відіграє ключову роль у формуванні кісткової маси в молоді, темпах втрати кісткової тканини в жінок період менопаузи.

Висновки. Остеопороз – це досить поширене захворювання, що виникає в результаті зменшення щільності кісток. В ході проведених досліджень ми з'ясували, що більша частина респондентів має високий ризик виникнення остеопорозу. Ми переконані, що в результаті ознайомлення громадськості з такою проблемою можна значно зменшити захворюваність на остеопороз в нашій країні.

М. Гаджиєва, В.С. Козачук
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГЕАНГІОМ ТІЛ ХРЕБЦІВ У ЖІНОК В ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ

Кафедра патологічної фізіології

І.В. Романенко (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: гемангіома тіл хребців - доброякісна (у 98 % випадків) пухлина, що не дає метастазів, але є однією з найголовніших причин розвитку компресійного перелому тіл хребців. Хвороба зустрічається у 10-15 % населення, складає приблизно 2 % випадків серед пухлин хребта. Дана патологія частіше трапляється у представників жіночої статі. Однією з головних причин гендерної відмінності є особливості гормонального фону. Відомо, що естрогени активують остеобласти кісткової тканини, з якої безпосередньо складаються тіла хребців та справляють позитивний вплив на ендотелій судин, що кровопостачають дані анатомічні утворення.

Мета: дослідити роль жіночих статевих гормонів у патогенезі гемангіом тіл хребців, опрацювати статистичні дані та встановити відмінності у частоті розвитку даної патології між представниками обох статей.

Матеріали та методи: опрацювання медичної документації відділення травматології та ортопедії МКЛ №11 м.Одеса, аналіз наукової літератури за допомогою пошукових систем PubMed, Medline, Google Scholar.

Результати дослідження: ключовими ланками у розвитку гемангіом тіл хребців є резорбція кісткової тканини, утворення порожнини для подальшого проростання судин та, власне, патологія судинного ендотелію. Проведення статистичного аналізу пацієнтів з гемангіомами тіл хребців, встановило, що дана пухлина частіше діагностується у жінок (63,6%), рідше - у чоловіків(36,4%). Особливу роль в патогенезі хвороби відіграє гормональний фон, а саме: зменшення кількості естрогенів в період менопаузи. За відсутності нормальної кількості естрогенів відбуваються зміни і в кістковій тканині, і в ендотелію судин. Естрогени у жінок і у чоловіків пригнічують резорбцію кісткової тканини, частково зменшуючи продукцію інтерлейкінів -1, -3, -6, -11, фактору некрозу пухлин, макрофаго-гранулоцито-стимулюючого фактору. Вони сприяють всмоктуванню іонів Ca²⁺ у травному тракті і його відкладанню в кістковій тканині. Наслідком резорбції останньої є утворення порожнини в тілі хребця, де в подальшому розвивається гемангіома. Естрогени сприяють швидшому росту ендотеліальних клітин судин, допомагаючи ендотелію швидше відновитися після пошкодження. Біологічні ефекти естрогенів реалізуються через клітинні α -, β - рецептори. Також естрогени впливають на вироблення таких медіаторів, як оксид азоту, простагліцині, циклооксигеназа в ендотеліальних клітинах, що відіграють захисну роль на різних стадіях патофізіології гемангіом завдяки своїм вазодилатуючим та антиагрегаційним властивостям.

Висновок: таким чином, доведена роль естрогенів у розвитку гемангіом тіл хребців, що включає жінок в період менопаузи у групу ризику по даній патології. Значимість гемангіом у системі патологій судинної стінки визначає важливість даного питання та його подальшого глибокого вивчення.

Д.Е. Гвоздицька

ПСИХОСОМАТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра анатомії людини

О.П. Лопаткіна (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворювання серцево-судинної системи є найбільш розповсюдженими і становлять найбільший відсоток смертності. Самі ж кардіологи звертають найбільшу увагу саме на психосоматичну етіологію. Статистика ВООЗ зазначає що 50% ліжок в лікарнях займають люди з психосоматичними розладами. Вони займають близько 50% робочого часу лікарів. Якщо дивитись на все населення в загальному, то частота людей з психосоматичними порушеннями коливається від 15 до 60%. Також варто звернути увагу на те, що в нашій країні зараз йде війна і актуальність цієї теми значно зростає. Люди переживають надмірний стрес, який виливається в порушення органів і цілих систем, найбільше саме серцево-судинної системи.

Мета: Ознайомлення з поняттям «психосоматика», розширення знань стосовно виникнення психосоматичних порушень, визначення впливу психологічних факторів на системи організму.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Med Lines, Pub Med, Scopus, Web of Science, BMJ та Med. Scape.

Результати: Провідником між внутрішніми органами і центральною нервовою системою є вегетативна нервова система. В ЦНС відбувається таке собі «гальмування» емоцій захисними механізмами, внаслідок якого імпульси проходять по ВНС до певних вегетативних структур. За деякий час цього впливу розвиваються деструктивно-морфологічні зміни, які генералізуються на всю систему. Таким чином виникають психосоматичні захворювання. В цьому процесі активно приймає участь довгострокова пам'ять. За допомогою довготривалої постсинаптичної потенціації та механізмів реверберації збудження яскраві емоції зберігаються як «сліди пам'яті», які мають значення в розвитку психосоматичних захворювань. Вибір органу чи системи, на яку впливатиме емоційне збудження визначається двома факторами: найбільш вразливий орган для певної особи та вид пережитої емоції. Лікування цих порушень відбувається з безпосереднім впливом на психіку за допомогою психотерапевта. Найчастішими захворюваннями вважається «психосоматична сімка»: інфаркт міокарду, гіпертонічна хвороба, мігрень, пептична виразка, бронхіальна астма, нейродерміт, неспецифічний виразковий коліт. Якщо говорити саме про серцево-судинну систему найчастішими захворюваннями є: ішемічна хвороба серця, серцевий невроз страху, порушення серцевого ритму, есенціальна артеріальна гіпертензія.

Висновки: Тож, можемо дійти висновку, що діяльність органів та систем безпосередньо пов'язана з діяльністю психіки людини. Патологічний процес, призводячи до зміни функціонування внутрішніх органів, обов'язково спричиняє зміну психічної діяльності і навпаки. Результати численних досліджень свідчать, що між соматичними та психічними захворюваннями є чіткий і закономірний взаємозв'язок.

Д. Е. Гвоздицька

ВПЛИВ НІКОТИНУ ТА ПАЛІННЯ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кафедра нормальної фізіології

А. О. Стельмашук (викладач-стажист)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема тютюнопаління з кожним роком стає більш актуальною серед молоді. Згідно з опитуванням КМІС в травні 2022 року виявилось, що кількість чоловіків, що палять становить 44,4%, жінок – 14,9%, що в середньому на 5% перевищує показники 2020 року. Згідно з власним анкетуванням було виявлено, що серед студентів-медиків ВНМУ ім. М.І.Пирогова із 97 опитаних палить 38,1%. 13,4% почали палити від початку навчання, 4,2% від початку війни на території України. 6,2% палить лише в компанії друзів. Якщо брати до уваги опитування нашого університету 2016 року кількість курців зросла на 18,5%, що свідчить про посилення проблеми паління.

Мета: Проаналізувати вплив нікотину та його негативні наслідки на різні системи організму, узагальнити інформацію про причини розвитку залежності і зв'язок паління з психікою.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Med Lines, Pub Med., Scopus, Web of Science, BMJ та Med. Scapе. Опитування серед студентів-медиків на основі анкетування в Google Forms.

Результати: Нікотин виконує таку ж функцію в головному мозку, що і ацетилхолін, але його процеси не контролюються. Він починає впливати на нервові рецептори вже за 10 секунд. Під час своєї дії викликає штучне збільшення виділення дофаміну та серотоніну, що викликає так зване «відчуття ейфорії» після затяжки. Нікотинова залежність відбувається внаслідок виникнення толерантності до нікотину. При палінні відбувається вплив на ацетилхолінові рецептори, йде збудження префронтальної кори і збільшується вплив на зорову систему. Ці процеси сприяють зменшенню активності вищевказаних рецепторів і, відповідно, звиканню. Також вказувалось, що нікотин активує виділення дофаміну, нестача якого призведе до абстинентного синдрому. Цих два фактори лежать в основі залежності. Виявили, що нікотин впливає на ген, який відповідає за спадкову схильність до нікотинової залежності. Це ген СУР2А6. Також нікотин сприяє загибелі нейронів і пошкодженню ДНК, а також зменшенню об'єму головного мозку. Під час паління першою вражається дихальна система: ущільнюється голосова щілина, відбуваються порушення в в'язчастому епітелії бронхів, а також зменшується еластичність легень. Впливає також на серцево-судинну систему: відбувається розвиток ішемічної хвороби через недостатнє кровопостачання серця, у курців серцебиття видає близько 10 тис. зайвих імпульсів. У вмісті самої сигарети виявляють безліч канцерогенів, які спричиняють онкологію. Захворюванням психіки сприяють ті ж самі рецептори, які є чутливими до нікотину, люди схильні до тютюнової залежності частіше мають психічні розлади, а також страждають депресією.

Висновки: Згідно з даними, наданих в актуальності, можна зазначити що паління стає все «популярнішою» і більш розповсюдженою проблемою. Люди дійсно не знають і не розуміють наскільки нікотин погано впливає, а тому про це потрібно частіше і детальніше розповідати. Залишаються надії, що з часом паління залишиться лише в нашій історії.

Гейдарова Е. Г.

ЗНАЧЕННЯ ФЕОХРОМОЦИТОМИ У ПАТОГЕНЕЗІ РОЗВИТКУ КАРДІОМІОПАТІЇ ТАКОЦУБО

Кафедра патологічної фізіології

Ю. М. Олійник (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кардіоміопатія Такоцубо (синдром "розбитого серця" або стрес-індукована кардіоміопатія, або синдром апікального балонування) є рідкісним ускладненням феохромоцитомі і виникає у 4-18% пацієнтів з цією патологією. Вперше дане захворювання було описане в 1990 р. як транзиторне, балоноподібне розширення верхівки серця з одночасною гіперкінезією базальних сегментів ЛШ та апікальною шлуночковою дисфункцією. За даними літератури, феохромоцитома має безпосередній вплив на механізми розвитку кардіоміопатії Такоцубо, що складає близько 4% від усіх хворих на гострий коронарний синдром. Так як патогенез даної патології є недостатньо вивченим, дослідження цієї теми є досить актуальним.

Мета: Дослідити значення феохромоцитомі у патогенезі розвитку кардіоміопатії Такоцубо.

Матеріали та методи: Аналіз науково-практичних робіт вітчизняних та іноземних вчених з ресурсів PubMed, Scopus, ScienceDirect, медичної платформи "INgenius" за 2020-2023 р.

Результати: Підвищена чутливість апікальних відділів серця до дії катехоламінів зумовлюється більшою кількістю в них β - адренорецепторів та сильнішою симпатичною

іннервацією базальних відділів серця. Гіперпродукція норадреналіну спричиняє активацію α - та β 1-адренорецепторів, що призводить до спазму коронарних судин та гіперконтракції базальних відділів міокарду. Епінефрин у збільшених концентраціях посилено діє на β 1-адренорецептори, що є ініціюючим механізмом у процесі переключення передачі імпульсу з Gs-білку на Gi-білок та активації β -аррестину 2 з подальшим блокуванням аденілатциклазного механізму утворення цАМФ і зменшенням надходження Ca^{2+} у кардіоміоцити. Розвиток негативної інотропної дії призводить до гіпокінезії апікальних відділів ЛШ. Норадреналін нездатний викликати подібний ефект через швидке його руйнування MAO та КОМТ і відсутність активації Gi-білку. 71% усіх випадків Такоцубо у пацієнтів з феохромоцитомою припадає на жіночу стать. Ризик виникнення збільшується з настанням менопаузи через посилення ендотеліальної дисфункції внаслідок гіпоестрогенії. У 53% хворих провідним симптомом є гострий біль в ділянці серця та серцебиття на фоні артеріальної гіпотензії внаслідок пригнічення діяльності міокарду. У 93,2% наявна депресія або елевація сегмента ST на ЕКГ, що є ознакою ішемії міокарда. При лівій вентрикулографії відзначається типове апікальне розширення ЛШ з гіперкінезом його основи. В крові - незначне підвищення рівня тропоніну. Основним патогенетичним методом лікування є проведення лапароскопічної адреналектомії. Доцільною є терапія інотропом із цАМФ-незалежним механізмом дії (Левосимендан), який підвищує чутливість міокарду до Ca^{2+} та усуває апікальну дисфункцію.

Висновки: Таким чином, розуміння значення феохромоцитоми у патогенезі розвитку кардіоміопатії Такоцубо є важливою умовою для проведення диференційної діагностики між іншими патологічними станами та належної терапії задля успішного лікування пацієнтів.

А.І.Гінгін

ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СИГНАЛЬНОЇ ТРАНСДУКЦІЇ Wnt У РОЗВИТКУ ОНКОПАТОЛОГІЇ І РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ПРОТИПУХЛИННОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра медичної біології

д.біол.наук В.М. Шкарупа

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ряд сигнальних шляхів (EGFR, GPCR, Hedgehog, Wnt, Notch, TGF β , HIFs) беруть участь у контролі клітинної проліферації, диференціації, міграції клітин. Їх надмірна активація призводить до порушення клітинного гомеостазу і може бути чинником злоякісної трансформації клітин. Сигнальний шлях Wnt є одним з внутрішньоклітинних сигнальних шляхів, що регулює ембріогенез, диференціювання клітин та розвиток злоякісних пухлин.

Мета: Провести аналіз сучасних досліджень значення сигнального шляху Wnt в процесах канцерогенезу і резистентності до протипухлинної терапії.

Методи та матеріали: аналіз наукових публікацій фахових журналів за темою дослідження, матеріали Національного інституту раку.

Результати: Порушення функції шляху Wnt призводить до розвитку та прогресування різних типів раку (колоректальний рак, рак молочної залози, легенів,). Для передачі сигналу в середину клітини відбувається активація Wnt-шляху, Wnt – ліганди зв'язуються з відповідним рецептором Фріззлед (Frizzled, Fs) або з корецептором (LRP). Цей білок зв'язує рецептор, Wnt, і аксин, що стабілізує рецепторний комплекс. На сьогодні відомо про 3 сигнальні каскади Wnt (залежно від асоціації з активатором транскрипції бета-катеніном). Це канонічний (β - катеніновий шлях) та 2 неканонічних: Wnt/ Ca^{2+} сигнальний шлях і шлях клітинної поляризації. Активація канонічного шляху призводить до стабілізації β -катеніну. За відсутності передачі сигналу Wnt β -катенін націлений на деградацію білковим комплексом, комплексом деструкції (білки, Axin, APC і GSK3 β , які фосфорилують β -катенін і позначають його для розкладання протеасомою). Коли передача сигналів Wnt активована, вона пригнічує комплекс деструкції та дозволяє β -катеніну накопичуватися в цитоплазмі та транслокуватися до ядра. У ядрі β -

катенін взаємодіє з факторами транскрипції TCF/LEF, щоб активувати експресію цільових генів, у тому числі тих, які беруть участь у проліферації та диференціації клітин. Порушення регуляції шляху Wnt може відбуватися через різноманітні механізми, включаючи мутації в лігандах або рецепторах Wnt, активацію шляху факторами росту або іншими сигнальними шляхами та втрату негативних регуляторів шляху. При раку активація шляху Wnt може призвести до збільшення клітинної проліферації та виживання, а також стійкості до хіміотерапії та променевої терапії.

Висновки: Наразі відбувається розробка невеликих молекул-інгібіторів сигнальних компонентів Wnt (інгібітори танкірази), або використання антитіл, які блокують взаємодію між лігандами Wnt та їхніми рецепторами. Крім того, тривають дослідження з визначення біомаркерів, які можуть передбачити відповідь на терапію, націлену на Wnt, і зрозуміти механізми резистентності до цієї терапії.

Л.В.Гнізділова

ПРЕФРОНТАЛЬНА КОРА ЯК МОРФОЛОГІЧНИЙ СУБСТРАТ ОСОБИСТОСТІ

Кафедра анатомії людини

Т. В. Ходак (асист.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: детальне вивчення будови та функцій префронтальної кори дає змогу зрозуміти основи поведінки людини, так як вона є морфологічним субстратом, завдяки якому людина здатна критично мислити, оцінювати ситуацію та прийняти важливе рішення у відповідальний момент. Дані когнітивні навички є вкрай важливими в умовах війни, коли існує необхідність опанувати себе у моменти відчаю, діяти з холодним розумом та планувати майбутнє в нових реаліях.

Мета: за допомогою наукової літератури поглибити знання анатомо-морфологічних особливостей префронтальної кори, вивчити її зв'язки з іншими відділами мозку, ознайомитись з науковими теоріями щодо функцій префронтальної кори, розглянути патології та зміни поведінки людини при пошкодженні даної ділянки мозку.

Матеріали і методи: ретроспективний аналіз наукових статей, журналів Pubmed, Scopus, Medscape, дослідження нейроанатомів про роль та значення префронтальної кори.

Результати: префронтальна кора це ділянка мозку, яка розташована в передній частині лобових часток перед руховою та домоторною областями лобової кори. Виділяють три частини префронтальної кори: дорсолатеральна, орбітофронтальна, вентромедіальна. У людини префронтальна кора починає функціонувати в підлітковому віці, коли відбувається формування особистості, соціалізація, а у віці 25 років дозрівають всі зв'язки і дана ділянка функціонує належним чином. Термін префронтальна кора запропонував у 1935 році Карлайл Якобсен для того, щоб віддиференціювати ділянку лобової кори, що відрізняється будовою зернистого шару від інших відділів мозку. Також особливостями префронтальної кори є відсутність рухів при її електричній стимуляції, зв'язок з дофамінергічною мезокортикальною системою. Хьюлінгс Джексон висунув твердження, що префронтальна кора містить карту всієї кори головного мозку. Це підтверджується її численними зв'язками з чорною субстанцією, ядрами мосту, дорсомедіальними ядрами таламуса, лімбічною системою. Дані зв'язки визначають функції префронтальної кори, серед яких є основними: спроможність формулювати цілі та розробляти плани, вибір моделі поведінки, здатність розуміти наслідки власних дій. Морфологічним субстратом самосприйняття, усвідомлення себе як особистості та визначення соціальної ролі є зв'язок префронтальної кори з лімбічною системою. Значення даної ділянки кори стає яснішим при ознайомленні з клінічними випадками її ураження. Фейхтвангер у 1923 році визначив такі особливості поведінки "лобних" пацієнтів: розлади настрою, втрата самоконтролю, апатія, труднощі з концентрацією уваги, зниження розумових

здібностей, проблеми взаємодії з суспільством, але рухові функції зберігаються, порушень пам'яті не відзначається.

Висновки: На основі аналізу наукової літератури можна підсумувати, що префронтальна кора це унікальна ділянка мозку, яка відрізняється від решти кори своєю цитоархітектонікою, численними зв'язками з кірковими та підкірковими структурами, здатністю визначати особистість людини, її когнітивні навички та поведінку в соціумі.

О. О. Говорушенко

ДОСЛІДЖЕННЯ КИСТІ РУКИ НА ПРЕДМЕТ СУХОЖИЛКОВИХ ЗАПАЛЕНЬ

Кафедра анатомії людини

О. П. Лопаткіна (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: сухожилкові запалення кисті (тендиніт і тендовагініт) є поширеними наразі професійними захворюваннями, особливо для ІТ фахівців. Відповідно, із зростанням популярності професії ІТ фахівця, все більше людей страждає на запалення тканин сухожилка в точці прикріплення до кістки або в зоні м'язово-сухожилкового переходу (тендиніт зап'ястка) або на запалення внутрішньої (синовіальної) оболонки фіброзної піхви м'язового сухожилка (тендовагініт або хвороба де Кервена), особливо на руці, в якій ІТ фахівець тримає комп'ютерну мишу.

Мета: вивчення сухожилків на кисті руки трупного препарату.

Матеріали та методи: використовувався метод емпіричного дослідження – препарування кисті руки трупного препарату, яке проводилось на кафедрі анатомії людини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за допомогою скальпеля з метою збирання фактів, їх первинного опису, узагальнення та систематизації.

Результати: в результаті проведеної роботи було відпрепаровано сухожилок поверхневого м'яза згинача пальців та спільну сухожилкову піхву для м'язів згиначів пальців.

При тендиніті зап'ястка виникає тертя опухлих сухожилків та їх оболонок об вузький тунель, в якому вони рухаються. Внаслідок цього в місці розташування запаленого сухожилка може прощупуватись еластичний вузлик або ж декілька вузликів через розростання фіброзної тканини. Тендиніт, як правило, виникає після надмірних фізичних навантажень або спортивних травм. Нерідко тендиніт закінчується розривом сухожилка.

При тендовагініті зап'ястка на межі з м'язовими волокнами сухожилок утворює потовщення у формі гнучкого тунелю (сухожилкової піхви), відбувається заміна рубцевою тканиною. Тендовагініт розвивається внаслідок дегенерації сухожилка після активних рухів, інфекцій чи аутоімунних відхилень. Гострий або хронічний тендовагініт часто супроводжує суглобові патології такі як, артрити, остеоартрози, подагру.

Головними профілактичними заходами, що допоможуть уникнути тендиніту та тендовагініту вважається періодичний відпочинок, особливо для людей, що належать до професій групи ризику (ІТ-фахівці). Результативними вважаються короткі перерви в роботі, під час яких рекомендується робити гімнастику, розминаючи зап'ясток.

Аналіз виокремлених під час препарування сухожилків поверхневого м'яза згинача пальців та спільної сухожилкової піхви у порівнянні з проявами тендиніту та тендовагініту показав, що в процесі препарування не знайдено відхилень, які були б характерні для тендиніту та тендовагініту (опухлість сухожилка, вузлики на сухожилку, потовщення спільної сухожилкової піхви).

Висновки: враховуючи той факт, що на виокремлених в процесі препарування сухожилку поверхневого м'яза згинача пальців та спільній сухожилковій піхві не знайдено відхилень, характерних для тендиніту та тендовагініту (опухлість сухожилка, вузлики на сухожилку,

потовщення сухожилкової піхви) можна зробити висновок, що трупний препарат, на якому було проведено дослідження, не мав захворювання на тендиніт та тендовагініт.

А.С. Грищенко

ЛІПОСОМИ В МЕДИЦИНІ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Л. К. Сорокоумова (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ліпосомальні технології доставки ліків, в тому числі і вакцин, в даний час переживають своє нове відродження. Клінічне значення багатьох препаратів обмежене нездатністю «діяти» на мішені в терапевтичній концентрації або шкідливим впливом на нормальні тканини. Саме тому, провідним завданням медицини є забезпечення вибіркової доставки ліків в уражену зону. Інноваційним вирішенням цієї проблеми стали ліпосоми. Вони здатні доставляти різні лікарські препарати в клітини-мішені, є біосумісними та здатні до біодеградації.

Мета роботи: Проаналізувати та ознайомити аудиторію з використанням ліпосом у медицині, зазначити їх роль у транспорті різних препаратів, переваги та недоліки, перспективи використання.

Матеріали та методи: Проведено аналіз сучасних наукових публікацій, баз даних Scopus, Web of science та Pub Med за 2020-2022 роки.

Результати: Ліпосоми — кулеподібні утворення, що являють собою ліпідний бішар. Вони мають порожнину в середині, яка може використовуватись для доставки різноманітних речовин. За останні 15 років удосконалено технології ліпосомальних вакцин, що містять ад'юванти. Гідрофільні лікарські речовини вмонтовують у внутрішній водний простір ліпосом, а гідрофобні - у двошарову ліпідну мембрану. Ліпосоми не мають властивостей антигена, надійно зберігають свій "вантаж" від контакту з імунною системою. Вони попереджують руйнування лікарської речовини в ШКТ, дії ферментів. Включення речовин в ліпосоми значно підвищує їх терапевтичну ефективність: препарат вивільняється поступово, в необхідних дозах і впродовж необхідного часу. Використання ліпосомних лікарських форм значно знижує кардіотоксичність, нефротоксичність і нейротоксичність препаратів, так як вони елімінуються відповідними органами. Вони мають ад'ювантні властивості, тобто посилюють імунну відповідь шляхом можливого одночасного включення антигену та імуностимулятора. Ліпосомальні вакцини забезпечують клітинний та гуморальний імунітет: активують Т-лімфоцити та стимулюють синтез інтерферону. Ліпосоми мають недоліки використання: при контакті з кров'ю, що сприяє їх руйнуванню, швидко захоплюються РЕС. На даний момент є декілька шляхів подолання цих недоліків: попередня блокада клітин РЕС, модифікація поверхні ліпосом полімерами та зв'язування на їх поверхні ліганд.

Висновок: Враховуючи високу ефективність препаратів, ліпосоми мають широкий спектр використання: експериментальна онкологія, інсулінотерапія, лікування та профілактика інфекційних захворювань, вірусних інфекцій, антибіотикотерапія, введення РНК - індуктора інтерферону, ферментотерапія, гормонотерапія, генна терапія, косметологія. Основним завданням є створення «ідеальної» моделі ліпосом, яка не матиме недоліків.

І. Я. Грушецька, Ю.В.Степанчук, Б.О.Свереда,
ВІКОВІ МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕПІФІЗУ ЖИТЕЛІВ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ

Кафедра судової медицини та права
Р.С. Циба (асистент)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Епіфіз – фотонейроендокринний орган, який в основному відповідає за синтез мелатоніну. Проте на функціональну здатність даної залози можуть впливати різні чинники. Зокрема в епіфізі виявляють таку унікальну структуру як мозковий пісок, причини утворення та функції якого досі залишаються невизначеними. Ця структура складається переважно з солей кальцію та магнію. Дослідження вікових морфологічних особливостей епіфізу є важливим для розуміння фізіології людини та має практичне значення для багатьох наукових галузей, таких як антропология, медицина, криміналістика та інші. Вивчення епіфізу може дати важливу інформацію про вік людини, її стать та стан здоров'я, що є необхідним для встановлення особистості загиблого в кримінальних розслідуваннях, реконструкції історичних даних, а також в діагностиці хвороб та патологічних станів.

Мета: оцінити співвідношення об'єму виявлених в залозі кальцифікатів до незміненої тканини та віку жителів Подільського регіону, виділити закономірності між кількістю кальцифікатів та певною віковою групою населення

Матеріали та методи: Досліджувалось 10 препаратів епіфізу з різних вікових груп жителів Подільського регіону. Матеріали залози фіксувались в мікротомі методом заморозки, після чого була проведена морфометрія. При вивченні препаратів використовувалися мікроскоп і комп'ютерна програма для аналізу отриманих зображень.

Результати: за допомогою мікроскопа (збільшення $\times 40$) ми провели оцінку морфометричних параметрів епіфізу, таких як загальна площа досліджуваного зрізу, площа та кількість кальцифікатів, наявність кіст та їх площу. Загалом було проаналізовано 10 зразків епіфізів у вікових межах 35-69 років. Під час дослідження було виявлено кальцинати в епіфізі в усіх досліджених осіб. Загальна площа зрізу препарату епіфізу була найбільшою у жінки 35 років, а найменшою у чоловіка 60 років ($91,956.31 \text{ мкм}^2$ та $33,330.562 \text{ мкм}^2$ відповідно). Найбільша кількість кальцифікатів (35) була виявлена у жінки 35 років, а найменша (1) у жінки 60 років. Співвідношення площі кальцифікатів до площі зрізу було найменшим у чоловіка 46 років та жінки 60 років (0.2 і 0.3, відповідно). А найбільше співвідношення виявилось у чоловіка 69 років (6.3), що свідчить про більш інтенсивну дегенерацію епіфізу в цьому віковому діапазоні.

Висновок: Отже, вікові морфологічні особливості епіфізу у жителів Подільського регіону проявляються у збільшенні кількості кальцифікатів та їх площі зі зростанням віку, а також у зміні співвідношення площі кальцифікатів до площі зрізу у різні вікові періоди. Проте зразок номер 2 (жінка 35 років з найбільшою серед досліджуваних зразків кількістю кальцифікатів) вказує на наявність багатофакторного механізму утворення мозкового піску. Тому в подальших дослідженнях слід враховувати не лише вік та стать, а й супутні захворювання досліджуваних, а також необхідно значно збільшити вибірку для репрезентативності результатів.

В.Ю.Гуляєв, Л.В.Мельник
ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЯК КОМПЕНСАТОРНОЇ РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра патологічної фізіології
І.В.Романенко (ст.вик.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) зустрічається у 50-70% пацієнтів із серцевою недостатністю, в залежності від її ступеня, тривалості, перебігу і є незалежним предиктором несприятливих серцево-судинних подій та смертності. Розуміння патогенезу ГЛШ як компенсаторного механізму при серцевій недостатності є важливим для лікування пацієнтів.

Мета: Дослідити патогенетичні механізми, що лежать в основі ГЛШ як компенсаторної реакції при серцевій недостатності.

Методи та матеріали: Проведено комплексний аналіз літературних даних ресурсів PubMed, Scopus, Web of Science, які дають уявлення про молекулярні, клітинні та фізіологічні механізми, що беруть участь у розвитку ГЛШ.

Результати: ГЛШ є однією з компенсаторних реакцій при серцевій недостатності, яка передбачає збільшення розміру і товщини м'язової маси лівого шлуночка. Механізм розвитку ГЛШ складний та розвивається у декількох напрямках. Механічне розтягнення міоцитів призводить до активації іонних каналів та інтегринів у мембрані, активації кальциневрин-ядерного фактору активованих Т-клітин та шляху мітоген-активованої протеїнкінази. Це призводить до активації транскрипційних факторів: NFAT, GATA-4 і MEF-2, які сприяють синтезу білків, одним з яких є протеїнкіназа С, що забезпечує фосфорилування субстратів, таких як цитоскелетний білок титин та збільшує пасивне напруження в міокарді. Важливим механізмом розвитку ГЛШ є активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Активуючись, ангіотензин II призводить до підвищення артеріального тиску, затримки рідини, стимулює гіпертрофію та фіброз кардіоміоцитів. Доповнює розвиток гіпертрофії активація симпатичної нервової системи. Зниження серцевого викиду призводить до зниження активації барорецепторів, що стимулює вивільнення норадреналіну, який в свою чергу, стимулює гіпертрофію та фіброз кардіоміоцитів через активацію $\alpha 1$ -адренорецепторів та пригнічення $\beta 1$ -адренорецепторів. Окремі цитокіни (IL-6, IL-1, TGF- β) можуть стимулювати синтез матриксних білків, таких як колаген, фібронектин, впливати на проліферацію кардіоміоцитів, зокрема, IL-6 стимулює синтез РНК і білків в клітинах серцевого м'язу. Дисбаланс між утворенням активних форм кисню та механізмами антиоксидантного захисту, пов'язаний з активацією шляху NF- κ B, призводить до експресії генів, які сприяють росту і також викликає проліферацію м'язових клітин. Зрештою, порушення роботи кальцієвих каналів посилює тонус кровоносних судин, підвищує опір кровотоку і, відповідно, збільшує навантаження на серце.

Висновки: ГЛШ є складним процесом, що включає численні сигнальні шляхи, і слугує компенсаторним механізмом для підтримання серцевого викиду при серцевій недостатності. Розуміння патогенезу ГЛШ як компенсаторної реакції може допомогти в розробці цілеспрямованої терапії та запобіганні зворотного розвитку ГЛШ, покращення результатів лікування пацієнтів із серцевою недостатністю.

І.А.Гура, Л.Л.Хмель

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ

Кафедра нормальної фізіології

Л.Л. Хмель (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Фізіологічне старіння призводить до змін у функціонуванні мозку та зниження когнітивних функцій, пов'язаних зі способом життя. Тому процеси старіння мозку є важливим напрямком досліджень. Науковці довели те, що фізична активність сприяє покращенню когнітивних функцій мозку.

Мета: Проаналізувати літературні джерела про вплив фізичної активності на когнітивні функції головного мозку.

Матеріали та методи: Аналіз іноземних наукових статей: «PubMed», «Google Scholar», «Scopus», наукові статті Хайді Йогансена-Берга (2016 р.), К.Домінгоса (2021 р).

Методи: опитування пацієнтів, метод акселерометрії, нейропсихологічні тести, МРТ трактографія (DTI).

Результати: Вчені досліджували взаємозв'язок між фізичною активністю та когнітивними функціями мозку в літніх людей. У дослідженні брали участь 32 жінок та 26 чоловіків віком від 60 до 75 років, у тому числі пацієнти з когнітивними порушеннями (12 жінок та 8 чоловіків 65 років) та практично здорові (20 жінок 70 та 18 чоловіків 75 років). Дослідження проводили за методом акселерометрії, в основі якої вимірювання зміни сили інерції, що виникає під час руху – у 28 % (n=16). Оцінка фізичної активності шляхом самооцінювання - у 31 % (n=18), тестуванням за Міннесотським опитувальником фізичної активності (MLTRAQ) – у 19 % (n=11), за Міжнародним опитувальником фізичної активності (IPAQ) – у 22 % (n=13). Усі учасники дослідження пройшли нейропсихологічні тести (оцінка пам'яті, уваги, мови, зорово-просторового орієнтування), МРТ з дифузійно-тензорним зображенням (DTI) – оцінка семантичної, епізодичної пам'яті, семантичної плавності, рухових навичок і реакції перемикання. Результати показують, що фізичні вправи та фітнес впливають в основному на ті відділи мозку, які чутливі до нейродегенерації. За результатами досліджень, вплив фізичної активності відбувався на декілька ділянок мозку, а саме на гіпокамп (n = 29), тім'яну (n = 12), скроневу (n =9) та лобову частки (n = 8) кори. Ці структури є потенційними мішенями для прогнозованих уражень. Зміни в гіпокампі реєстрували в жінок за 60 та чоловіків за 65 років. У структурних дослідженнях МРТ цих пацієнтів виявили зміни, пов'язані зі збільшенням об'єму сірої речовини мозку, зменшенням розмірів гіпокампу, префронтальної кори, збереження цілісності білої речовини, але зниженням її функцій. Дослідники довели, що середні фізичні навантаження покращують функції білої речовини та зменшують ризик її ураження. У людей похилого віку, які мали низький рівень фізичних вправ спостерігали значну вікову атрофію медіальної скроневої частки мозку, порівняно з тими, хто мав високу або помірну фізичну активність. Науковці встановили вагомий зв'язок фізичної активності та збереження когнітивних функцій мозку, а також її позитивний вплив на цереброваскулярну систему.

Висновки: Отже, відповідно до даних літератури, фізична активність є важливою складовою збереження функціонального стану мозку людини в похилому віці й позитивно впливає на когнітивні функції мозку.

М.В. Данилевич

МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Кафедра анатомії людини

В.П. Данилевич (старш.викл)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Другим за поширеністю серед відділів хребта, що зазнає дистрофічно-дегенеративних та посттравматичних змін є шийний відділ хребта. Переважний вік осіб, які звертаються з проблемами та скаргами на корінцевий, спінальний чи вегетативно-дистрофічний синдроми, що спричинені дистрофічно-дегенеративними змінами хребта, лежить в діапазоні від 40 до 60 років.

Мета: Оцінити зміни висоти тіл хребців та міжхребцевих дисків у шийному відділі хребта у осіб чоловічої статі віком 39-57 років.

Матеріали та методи: Проведений аналіз магнітно-резонансних томограм шийного відділу хребта у двадцяти трьох чоловіків віком від 39 до 57 років, матеріалів взятих з архіву

медичного діагностичного центру «Нейромед». При відборі для даного дослідження були виключені особи, яким виконувались оперативні втручання у шийному відділі хребта, мали інфекційні та посттравматичні деформації шийного відділу хребта. На магнітно-резонансних томограмах чоловіків за допомогою програми Philips DICOM Viewer були виміряні: передня (avC) та задня (pvC) висоти тіл хребців, передня (adC) та задня (pdC) висоти міжхребцевих дисків шийного відділу хребта.

Результати: В результаті вимірювань були отримані наступні результати морфометрії шийного відділу хребта: середні значення передніх та задніх висот тіл C3-C7 хребців, середні значення передніх та задніх висот міжхребцевих дисків (від C3-C4 по C7-Th1) та середні показники висоти шийного відділу хребта.

При порівнянні середніх значень передніх та задніх висот тіл C3-C7 хребців становлять ($M \pm SD$): avC3 – $1,51 \pm 0,07$ см, pvC3 – $1,54 \pm 0,13$ см; avC4 – $1,44 \pm 0,03$ см, pvC4 – $1,51 \pm 0,08$ см; avC5 – $1,39 \pm 0,12$ см, pvC5 – $1,45 \pm 0,11$ см; avC6 – $1,42 \pm 0,11$ см, pvC6 – $1,41 \pm 0,08$ см; avC7 – $1,58 \pm 0,07$ см, pvC7 – $1,61 \pm 0,10$ см. Величини передніх та задніх висот тіл хребців відрізняються не більше ніж на 5%. При порівнянні середніх значень передніх та задніх висот міжхребцевих дисків (від C3-C4 по C7-Th1) зазначено, що середні показники передніх висот дисків перевищують задні не менше ніж на 22%: adC3-C4 – $3,76 \pm 0,18$ мм, pdC3-C4 – $3,15 \pm 0,34$ мм, adC4-C5 – $3,44 \pm 0,24$ мм, pdC4-C5 – $3,40 \pm 0,49$ мм, adC5-C6 – $3,86 \pm 0,45$ мм, pdC5-C6 – $2,93 \pm 0,53$ мм, adC6-C7 – $4,06 \pm 0,70$ мм, pdC6-C7 – $3,60 \pm 0,21$ мм, adC7-Th1 – $4,11 \pm 0,52$ мм, pdC7-Th1 – $3,38 \pm 0,52$ мм.

Середнє значення показника висоти шийного відділу хребта, який виміряний від переднього відділу тіл хребців (C3 по C7) та міжхребцевих дисків (C3-C4 по C7-Th1), становить ($M \pm SD$) $26,56 \pm 0,91$ см. Середнє значення показника висоти шийного відділу хребта, який виміряний по задніх відділах тіл хребців (C3 по C7) та міжхребцевих дисків (C3-C4 по C7-Th1), становить $23,98 \pm 1,44$ см. Передня висота відрізняється від задньої на 11% через наявність фізіологічного лордозу.

Висновки: Проведений аналіз магнітно-резонансних томограм шийного відділу хребта відзначив, що у формуванні фізіологічного лордозу відіграє вирішальне значення переважання передніх висот міжхребцевих дисків над задніми висотами.

М. І. Денисов, С. В. Кушнірук, А. В. Шевченко

ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ ЯК МАТЕМАТИЧНА ЗАДАЧА, ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

Кафедра судової медицини та права

О. І. Моканюк (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діагностика давності виникнення механічних пошкоджень шкіри є одним з найскладніших завдань, які вирішуються в судовій медицині.

Мета: Метою нашої роботи було розглянути судово-медичну діагностику давності виникнення синців як математичне завдання шляхом переведення всіх критеріїв діагностики в цифрову форму з одного боку, а з іншого боку провести об'єктивізацію визначення кольору синця як його основної діагностичної ознаки.

Матеріали: у 8 потерпілих, вивчено 51 синець.

Методи: Суб'єктивна оцінка кольору синця проводилася за допомогою кольорової лінійки, яка була розроблена доцентом О. І. Моканюком у 2015 р., об'єктивна оцінка за допомогою програми Mathcad 15.0.

Результати: Характеристики синця були переведені в цифрову форму наступним чином: для суб'єктивного визначення кольору синця на кольоровій фотографії використовувалися цифрою індекс кольору відповідно до кольорової лінійки, об'єктивно – за допомогою програми

Mathcad 15.0 (визначалась кількість пікселів кожного кольору, який визначався на фотографії). Два дослідники незалежно один від одного визначали колір синця, а потім порівнювали його суб'єктивні характеристики з об'єктивними. Виявилось, що забарвлення синця у двох дослідників один між одним збігся у 30% випадків, а з об'єктивним визначенням збігся у 20% випадків.

Висновки: Для об'єктивізації визначення кольору необхідне його комплексне дослідження — спочатку суб'єктивне, порівнюючи колір синця з еталонною лінійкою кольорів, а потім доповнюючи це дослідження об'єктивним визначенням забарвлення синця з використанням програми Mathcad 15.0.

А. Е. Едемова

МОРФОЛОГІЯ, СТРУКТУРА ТА ФУНКЦІЯ МІОКАРДА У ЧОЛОВІКІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Кафедра гістології

В.О. Гненна (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, більше 1,6 млрд. людей мають НМТ, приблизно третина з них страждає ожирінням(ОЖ). ОЖ визнано новою « глобальною неінфекційною епідемією» враховуючи високу розповсюдженість та тенденцію до постійного стабільного росту захворюваності(РЗ). З кожним роком збільшується число людей з надлишковою масою тіла (НМТ) у всіх країнах світу. ОЖ- фактор ризику розвитку(ФРР) серцево – судинних захворювань(ССЗ). Таким чином, проблема ОЖ найбільш актуальна проблема охорони здоров'я у всьому світі.

Мета: Дослідити літературні джерела і мережі Інтернет та узагальнення інформації про ОЖ як один із ФРР ССЗ. Встановити основні ліполітичні ефекти у чоловіків похилого віку (ЧПВ) з НМТ. Встановити вплив мітохондріальних дисфункцій(МД), оксидативного стресу(ОС) та апоптозу на метаболічні та морфологічні зміни міокарда у ЧПВ з НМТ. Встановити взаємозв'язок між товщиною вісцеральної жирової тканини (ВЖТ), периваскулярної жирової тканини (ПЖТ), паранефральної жирової тканини (ПНЖТ) та епікардіальної жирової тканини (ЕЖТ) зі ступенем вираження структурних змін міокарда у ЧПВ з НМТ.

Матеріали та методи: Статистичні дані ВООЗ, інтернет –джерела, наукова література.

Результати: У ЧПВ з НМТ має місце пряме ліпотоксичне прогресивне пошкодження міокарда. Доведено, що у ЧПВ з НМТ прогресивно збільшуються маркери ОС міокарда. МД асоціюється зі зниженням енергетичних запасів в кардіоміоцитах, внаслідок чого розвивається дисфункція міокарда. За результатами епідеміологічних досліджень ми встановили чіткий взаємозв'язок між товщиною ВЖТ, ПЖТ, ПНЖТ та ЕЖТ зі ступенем вираження структурних змін міокарда у ЧПВ з НМТ та РЗ на ССЗ. Було встановлено, що у ЧПВ з НМТ мали в 2 рази більше ФРР ССЗ ніж у ЧПВ з нормальною МТ. Смертність від ССЗ у ЧПВ з НМТ була на 12,4% вища, ніж смертність від ССЗ у ЧПВ з нормальною МТ. При біопсії міокарда ЧПВ з НМТ були виявлені багаточисельні ділянки апоптозу, інфільтрація міокарда адипоцитами з формування вогнищ некрозу кардіоміоцитів.

Висновок: Отже за результатами дослідження було встановлено: збільшення товщини вісцеральної, периваскулярної, паранефральної та епікардіальної жирової тканини є високим фактором ризику серцево-судинних ускладнень у чоловіків похилого віку з надлишковою масою тіла. Це дозволяє нам стверджувати, що товщина епікардіального жиру – є прогностичним фактором для раннього виявлення структурних змін міокарда. Товщина епікардіальної жирової тканини, визначену за даними трансторакальної ехокардіографії, можна розглядати як аналог обхвату талії для більш точної оцінки наявності вісцерального ожиріння в повсякденній практиці.

М.О. Жила, Д.О.Темна
ВПЛИВ МУЗИКИ НА ЦНС
Кафедра анатомії людини
О.П. Лопаткіна (старший викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасному світі більшість людей кожного дня слухають музику, адже вона заповнила весь наш простір, де б ми не були. Завдяки прослуховуванню музики ми можемо покращити свій настрій, підвищити ефективність, та не варто забувати, що правильна музика здатна здійснювати заспокійливий вплив на ЦНС. На жаль, велика кількість людей й досі не замислюються про багатогранний вплив музики на людський організм.

Мета: Проаналізувати дані, що стосуються впливу музики на ЦНС.

Провести опитування і зробити статистичний аналіз серед студентів-медиків.

Матеріали і методи: В роботі використовувались наукові журнали та джерела інформації з Інтернету.

Результат: Нам важко уявити сучасний світ без музики, адже вона лунає майже всюди. Це може здаватися дивовижним, але навіть представники такої серйозної та відповідальної професії як хірурги практикують прослуховування музики під час операцій. Той факт, що така практика покращує показники точності та швидкості роботи хірургів був підтверджений вченими з технічного університету Дрездена, які довели, що прослуховування пісень групи AC/DC не тільки позитивно вплинуло на точність рухів хірургів, а ще й зменшило час необхідний для виконання розрізу з 236 до 139 секунд, що є дійсно неймовірним прогресом. Дослідники пов'язують такий результат з тим, що музика здатна знижувати артеріальний тиск, знімати стрес та розслабляти м'язи. Такий вплив пов'язаний з блукаючим нервом. Не секрет, що коли ми слухаємо музику, вона резонує у барабанній перетинці перед проходженням через блукаючий нерв, який знаходиться достатньо близько до вуха. Саме цей нерв пов'язаний з такими функціями, як ковтання, смак, частота серцевих скорочень, і навіть «відпочинком» ЦНС. При активації блукаючого нерва ЦНС отримує інформацію про те, що час розслабитися. Та не варто переоцінювати такий позитивний вплив, адже при занадто гучних бітах можна отримати зворотний ефект, людина може стати розсіяною та не здатною концентруватися навіть на доволі простих речах. Вчені пов'язують такий ефект з підвищенням в крові кортизолу та адреналіну. Довготривале прослуховування високих бітів з часом навіть може призводити до психічних розладів.

Стимулювати блукаючий нерв людина може й завдяки звукам «ом», які ми використовуємо практикуючи йогу. Пояснюється це тісним зв'язком між гортанню та блукаючим нервом. Така практика також допомагає заспокоїти, розслабити ЦНС та зняти напруження.

Висновок: Прослуховуючи музику варто завжди пам'ятати про її вплив на ЦНС, але не переоцінюючи його, аби не завдати собі шкоди. Обираючи правильну музику ми забезпечуємо «перезавантаження» організму, що має вкрай позитивний вплив.

М.О. Жила, Д.О.Темна
ВПЛИВ НАВУШНИКІВ ТА COVID-19 НА ОРГАН СЛУХУ
Кафедра анатомії людини
О.П.Лопаткіна (старший викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день багато людей, особливо молодих, часто використовують навушники для прослуховування лекцій, аудіокниг, музики та багато іншого. Вони стали невід'ємною частиною нашого життя, але не всі усвідомлюють їх негативний вплив.

Також залишається актуальним COVID-19, який може згубно впливати на слух.

Мета: Проаналізувати дані, що стосуються впливу навушників та COVID-19 на орган слуху. Провели опитування і зробили статистичний аналіз серед студентів-медиків Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.

Матеріали і методи: В роботі проведено дослідження результатів клінічного аналізу ураження слухового та вестибулярного апарату у пацієнтів, що переохворіли COVID-19. Використано джерела інформації з Інтернету, а також з науково-медичних журналів.

Результат: Сучасний світ заповнила велика кількість гаджетів, які роблять наше життя простішим, але згубно впливають на здоров'я. Згідно з нашим дослідженням 94% людей користуються навушниками, але далеко не всі усвідомлюють їх шкоду для організму. Не дивлячись на те, що є багато видів найрізноманітніших навушників, люди в більшості обирають найнебезпечніші – вакуумні навушники, адже вони є найдешевшими, але за рахунок наявності силіконових накладок не дають звуку розсіюватись, звукова хвиля вражає барабанну перетинку прямо в ціль, завдаючи їй незворотної шкоди. Американський вчений Брайан Флайгор довів, що вакуумні навушники збільшують рівень звукового тиску в середньому на 9 дБ у порівнянні з іншими альтернативними варіантами. Згубно на слух впливає музика гучністю понад 85 дБ, не зважаючи на це 34% людей перевищують цю максимально допустиму границю. Як наслідок 14,5% людей відчувають поступову втрату слуху.

Також останні декілька років не втрачає актуальності тема COVID-19. Лише в Україні з 2019 по 2023 роки зафіксовано близько 4 783 835 випадків зараження COVID-19, із них 4 023 033 одужали. Велика кількість з них відчувають наслідки перенесеної хвороби й досі. Серед основних симптомів можна виділити: погіршення слуху, шум у вухах, розлади пов'язані з вестибулярним апаратом. За вивчення цієї проблеми взялося керівництво Дніпропетровської лікарні ім. Мечникова, які проводили дослідження за участі людей, які зіштовхнулися з подібними проблемами. Найчастішим симптомом виявився вушний шум – у 78% хворих. На гостру сенсоневральну глухоту з підвищенням порогів звукосприйняття вище 40 дБ страждало понад 7,8% обстежуваних. Гостра одностороння сенсоневральна глухота з підвищенням порогів звукосприйняття до 40 дБ спостерігалася у 5,2% пацієнтів, двостороння (до 40 дБ) – у 5, 2% людей, які перенесли COVID-19.

Висновок: На нашу думку правильний вибір навушників і допустимі норми прослуховування аудіо в них зменшать ризик погіршення слуху і забезпечить комфортне та безпечне використання цих дуже популярних гаджетів.

С. В. Завгородній

НОВІ МЕТОДИ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ

Кафедра нормальної фізіології

М. В. Йолтухівський (д. мед. н., завідувач кафедри нормальної фізіології)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. У наукових дослідженнях і клінічній практиці значна увага приділяється дослідженню функціонального стану автономної нервової системи (АНС) з урахуванням її ролі в регуляції функцій внутрішніх органів та забезпеченні гомеостазу. Важливим показником безперервного конкуруючого перемінного впливу парасимпатичного й симпатичного відділів АНС, зокрема на серцеву діяльність, є варіабельність ритму серця (ВРС) – неоднорідність інтервалів R-R на електрокардіограмі (ЕКГ). В амбулаторних умовах для сімейного лікаря, кардіолога та інших спеціалістів важливо використовувати зручні компактні прилади з широкими можливостями.

Мета. Метою нашого дослідження було освоїти методику використання сучасного обладнання та вивчити показники ВРС у здорових студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Матеріали та методи. У дослідженні використано надане програмне й апаратне забезпечення VNS-Analyse фірми Commit GmbH, яке забезпечило отримання оригінальних для програми показників: HF (ЧСС), SDNN (стандартне відхилення нормалізованих інтервалів R-R), RMSSD (квадратний корінь середнього квадратів різниць наступних інтервалів), DFA alpha1 (аналіз коливань без тренду для коротких записів), SI (стресовий індекс). Обстежено 28 студентів (14 чоловіків та 14 дівчат) II курсу ВНМУ ім. М. І. Пирогова віком 18-20 років у спокої сидячи та лежачи протягом 260 серцевих скорочень.

Результати. Встановлено, що не виходили за межі норми усі показники лише в 3 осіб при реєстрації сидячи і 3 осіб при реєстрації в положенні лежачи. У положенні сидячи найменше відхилялись від норми SDNN, RMSSD та DFA alpha1, у 50 % обстежених HF перевищував рівень норми, у 71 % обстежених SI був нижчим рівня норми. У положенні лежачи в 90 % обстежених не виходили за межі норми HF, SDNN та RMSSD, були нижчими рівня норми SI у 82 % а DFA alpha1 – у 42 % обстежених.

Висновки. Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що програмне й апаратне забезпечення VNS-Analyse фірми Commit GmbH є зручним у використанні, характеризується стабільністю в роботі, стійкістю до артефактів, забезпечує отримання актуальних показників для оцінки ВРС.

А.І Загребельна
**СУЧАСНІ АСПЕКТИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ВИВЧЕННЯ СИНДРОМУ
КАРТАГЕНЕРА**

Кафедра гістології

В.О. Гненна (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Первинна цилиарна дискінезія зустрічається із частотою 1:20000 новонароджених. Класичною формою первинної цилиарної дискінезії є синдром Картагенера. При синдромі Картагенера порушується руховий механізм багаторядного війчастого епітелію, що вистеляє низку органів та призводить до поліорганної недостатності. Така орфанна хвороба є надто актуальною проблемою для сучасної пульмонології, морфології та педіатрії.

Мета дослідження: Вивчити в літературних джерелах і мережі Інтернет та узагальнити найсучаснішу інформацію про будову та функції війок. Дослідити механізм розвитку первинної цилиарної дискінезії, а також з'ясувати наслідки дисфункції війок на системи організму.

Матеріали та методи: Статистичні дані ВООЗ, інтернет-джерела, наукова література.

Результати дослідження: Виходячи з отриманих даних синдром Картагенера є спадковою аутосомно-рецесивною первинною цилиарною дискінезією війок і пов'язаний з дефектами білків цитоскелету, в основному, тубуліну динеїнової системи та динеїнових ручок, відсутність радіальних спиць, нексинових зв'язок та порушення числа дублетів. При вивченні епітелію різних відділів респіраторного тракту часто виявляють дефект ультраструктури війки епітелію респіраторного відділу, проявом якого є порушення їх рухової активності та розвитку хронічних запальних процесів. Порушення структури війок епітелію маткових труб є аналогічними до війок дихальних шляхів, що призводить до різкого зниження жіночої фертильності, порушення капацитації сперматозоїдів в маткових трубах та запальних хронічних процесів. Структурні зміни в джгутиках сперматозоїдів призводять до чоловічого безпліддя. На етапі раннього ембріогенезу людини нордальна (вузлова) війка має будову схожу до типової війки, але забезпечує лівобічний рух рідини, генерацію міжклітинної речовини та здійснює обертальний рух на вентральній поверхні двошарового зародкового

диска біля первинного вузлика із встановленням ліво-правої асиметрії в будові внутрішніх органів .

Висновки: Встановлено, що приблизно половина пацієнтів з синдромом Картагенера мають повне або неповне обернене розташування внутрішніх органів з різними варіантами гетеротаксії. Необхідно відмітити, що хворі з класичною формою первинної цилиарної дискінезії з важким синдромом поліорганної недостатності не є приреченими. Систематизована консервативна терапія може не тільки попередити прогресування хвороби у цих пацієнтів, а також покращити прогнози, зберегти на високому рівні соціальну адаптацію хворих та можливість вести активний спосіб життя таким пацієнтам. Клінічно синдром Картагенера проявляється з перших днів життя і має прогресуючий перебіг, тому проведення своєчасної ранньої специфічної діагностики, призначення лікування запобігає інвалідності хворих дітей.

Т.О. Захарченко

ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНА ЕНТЕРОПАТІЯ

Кафедра патологічної фізіології

А.О. Іваниця (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Глютензалежна ентеропатія, або целиакія - це імунологічно опосередковане захворювання, спричинене непереносимістю глютену, що призводить до запалення слизової оболонки та атрофії ворсин. В Україні целиакія зустрічається у 0.5% населення. Базуючись на серологічних скринінгових дослідженнях вважається, що безсимптомний перебіг спостерігається з частотою 1/100-300, а симптомний ~1/3345 осіб. Однак і досі відкритим лишається питання недіагностованої целиакії, тому вивчення основних ланок патогенезу важливе для встановлення правильного діагнозу, та визначення напрямів лікування.

Мета: Вивчити вплив глютену та генетичних факторів на механізм пошкодження клітин кишківника.

Матеріали та методи: Аналіз статей з наукових баз даних: Pub Med, Google scholar, а також перехресних посилань.

Результати: Глютен - це фракція білків, наявна у насінні зернових: пшениці (гліадин), житі (секалін), ячменю (горделін), та всіх похідних продуктах. Також його додають до молочних продуктів, ковбасних виробів та соусів для в'язкості і густоти. Фрагментом глютену, відповідальним за активацію імунної системи, є поліпептид, що складається з 33 амінокислот, стійких до впливу шлункового соку та усіх протеолітичних ферментів.

Майже всі люди (95%) з целиакією мають варіант алелі HLA-DQ2 , або (рідше) алель HLA-DQ8. Проте приблизно 20–30% людей без целиакії також є носіями цих алелів. Це свідчить про те, що для розвитку целиакії потрібні додаткові фактори. Крім того, близько 5% людей, у яких розвивається целиакія, не мають типових алелів HLA-DQ2 або HLA-DQ8.

Пептиди гліадину шляхом трансцитозу проникають у власну пластинку слизової оболонки стінки кишківника. Тут під дією тканинної трансглутамінази 2 типу (ТТГ-2) відбувається дезамінування позитивно зарядженого глутаміну до глутамату і формуються негативно заряджені епітопи на поверхні гліадину. Що збільшує афінність пептидів до відповідних ділянок зв'язування молекул DQ2 і DQ8 і сприяє щільному з'єднанню HLA молекули з рецепторами Т-лімфоцитів. Дезамінований гліадин захвачується антигенпрезентуючою клітиною, яка передає інформацію на Т-лімфоцит.

Активация Т-лімфоцитів спричиняє секрецію прозапальних цитокінів (IFN- γ , IL-2, IL-4 і IL-10, TNF- α). Активуються фібробласти, які стимулюють запальну реакцію, і В-лімфоцити, які трансформуються у плазмощити і починають продукувати антитіла IgA до гліадину, ТТГ-2 і ендомізію стінки кишківника, які спричиняють деструктивні зміни.

Висновок: Таким чином, вживання глютену у людей з варіантом алелі HLA-DQ2, або HLA-DQ8 призводить до розвитку атрофії ворсин та гіперплазії крипт кишківника, що веде до порушень процесів всмоктування.

Я.В. Зімбовський

МУКОЗАЛЬНІ ВАКЦИНИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Л.К. Сорокоумова (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні головним способом введення вакцинних препаратів є парантеральний шлях. Але багато збудників потрапляють в макроорганізм через слизові оболонки. Тому вона функціонує як перша лінія захисту при назальному, вагінальному, пероральному та ректальному введенні вакцин, що забезпечує активацію захисної імунної відповіді слизових оболонок. Саме тому, нові дослідження в галузі вакцин спрямовані на винахід нових мукозальних вакцин та їх широке запровадження.

Мета роботи: Проаналізувати використання та запровадження мукозальних вакцин у медицині, механізми формування імунітету, переваги та недоліки, перспективи використання.

Матеріали та методи: Проведено аналіз сучасних наукових публікацій, баз даних Scopus, Web of science, Pub Med та Google Scholar за 2019-2022 роки.

Результати: Мукозальні вакцини активують синтез антитіл проти білків-адгезинів збудників інфекційних захворювань, внаслідок чого колонізація слизових оболонок ними стає неможливою. Вирішальним фактором у формуванні імунітету під впливом мукозальних вакцин є індукція синтезу імуноглобуліну А слизовими оболонками. IgA забезпечує захоплення патогенних мікроорганізмів, спричиняє їх деградацію та неспроможність до прикріплення. Частина синтезованого IgA залишається на поверхні слизових оболонок та створює місцевий імунітет та здатний лімфогенно мігрувати з метою імунізації віддалених ділянок. Створення імунітету можливе лише за наявності специфічної лімфоїдної тканини, асоційованою з слизовою оболонкою (пейєрові бляшки, лімфоїдне кільце Пирогова та інші, в залежності від місця вакцинації). Окрім IgA під впливом вакцини, відбувається синтез IgG, який знешкоджує віруси та бактерії, що потрапили в кров, перешкоджаючи поширенню збудників. Також IgG нейтралізує токсини. Використання мукозальних вакцин вимагає визначення точно необхідної дози застосування, так як під дією захисних бар'єрів організму відбувається часткове руйнування препарату.

Висновок: Мукозальні вакцини мають більш простий спосіб введення, сприяють створенню не лише місцевого, а й системного імунітету, мінімальний побічний ефект в порівнянні з іншими вакцинами. Наразі найефективнішими мукозальними вакцинами є жива ослаблена поліовірусна та протитифозна. На стадії клінічного випробовування досліджують вакцини проти коронавірусу, грипу, Епштейна-Барр, вірусного гепатиту А.

Д.О. Івашук

ОБРОБКА ФОТОЗОБРАЖЕНЬ СИНЦІВ ІНСТРУМЕНТАМИ LABVIEW ТА MATHCAD ДЛЯ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ЇХ КОЛЬОРУ

Кафедра судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Визначення кольору є одним із основних критеріїв судово медичної діагностики. Методи визначення кольору «на око» сьогодні є застарілими. Все частіше експерти, намагаючись позбутись людського фактору у дослідженнях, користуються доступними програмними середовищами. Але тоді актуальним є питання визначення об'єктивності отриманих за допомогою різних алгоритмів результатів.

Мета: Провести обробку фотозображень синців інструментами LabView та Mathcad для розробки підходів до об'єктивізації визначення їх кольору.

Матеріали та методи: Здійснено обробку і аналіз 35 фотографій синців давністю від 1 до 360 годин. З цієї метою було використано інструменти Mathcad та розроблену у середовищі LabView нейронну мережу.

У Mathcad визначалась кількість пікселів кожного представленого на знімках кольору, аналізувалось їх відсоткове співвідношення та порівнювалось зі співвідношеннями 27 кольорів лінійки, розробленої доцентом Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова О.І. Моканюком, а нейронна мережа дозволяла виділити середнє за яскравістю співвідношення всіх наявних на обраній площі кольорів та порівнювала їх з кольорами атласу Pantone.

Результати: Проведено навчання нейронної мережі по класифікації 27 кольорів атласу Pantone, які відповідають лінійці кольорів О.І. Моканюка. Тестування на навчальній вибірці (зазначених 27 кольорах) дало 100 % співпадіння. Після цього було опрацьовано тестову вибірку. На зображенні мишкою виділялась область ROI і нейронна мережа автоматично здійснювала класифікацію. Переважаючими кольорами було визначено такі 10 кольорів: 565C, 727U, 143U, 145U, 1905C, 1815C, 245C, 257C, 514U, 2705U (атлас кольорів Pantone).

Аналіз тестової вибірки інструментами програмного забезпечення Mathcad Prime здійснювався після попередньої обробки у Photoshop Cs5. Метою обробки було виділення зони синця та інтактної шкіри. Mathcad переважаючими кольорами визначило 21 колір: 4.2-10.6 (кольорова лінійка).

При порівнянні отриманих результатів ми спостерігали співпадіння у 62 % випадків.

Висновки: Інструменти Mathcad дозволяють більш точно провести об'єктивізацію кольорів фотозображення. Недоліком цього методу є його трудоемність і складність виконання. Нейронна мережа LabView виявилась швидкою в обробці результатів, простою у роботі для користувача, але менш точною. Може бути використана як метод експрес-діагностики.

Д.Є. Ільшєнко

МІОКАРДИТИ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛАСИФІКАЦІЇ, ДІАГНОСТИКИ, ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ

Кафедра фундаментальних загальнонаукових дисциплін

І.С. Бурлака (к.фарм.н., доц.)

ПВНЗ «Харківський міжнародний медичний університет»

м. Харків, Україна

Актуальність: діагностика та лікування міокардитів залишається складним питанням через різноманітну етіологію, величезний спектр клінічних симптомів, відсутність чітких алгоритмів лікування. Останніми роками відмічено зростання захворюваності на міокардит у світі.

Мета: систематизація літературних даних щодо класифікації та симптоматики, діагностики, фармакологічного лікування та превенції міокардитів.

Матеріали та методи: теоретичний аналіз літературних і статистичних даних.

Результати: міокардит- це збиральний термін для позначення запальних захворювань серцевого м'язу, що супроводжується некротичним чи дегенеративним процесом, запальними змінами інтерстицію та судинних структур серця. Міокардити можуть бути інфекційного, імунopatологічного, токсичного та комбінованого походження. Згідно Всеукраїнської

асоціації кардіологів України 2020р. міокардити класифікують за варіантом перебігу, етіологією, поширеністю, характером перебігу, ускладненням та наявністю серцевої недостатності (СН) I–III ст., I–IV функціональний клас за NYHA. За сучасними рекомендаціями задля діагностики міокардиту у пацієнта, треба провести певний об'єм лабораторних та неінвазивних досліджень. Неінвазивні методи займають провідні позиції. Найбезпечнішим та інформативним вважається магнітно-резонансна томографія серця з використанням контрастної речовини на основі гадолінію. Концепція лікування міокардитів базується на відсутності будь-якого фізичного навантаження та використанні етіотропних терапевтичних засобів. Через різноманітне походження, для кожного виду міокардитів існує власна специфічна терапія. При міокардитах бактеріального походження увага приділяється антибіотикотерапії. За міокардитів, чинниками яких є аутоімунні процеси, використовують імуносупресори. Загалом, смертність серед пацієнтів, страждаючих на міокардит, коливається у межах від 1 до 9%. Частіше за все, причинами смерті є ускладнення, що виникли на тлі міокардиту. Загальної специфічної профілактики міокардиту на момент сьогодення не існує. До первинних неспецифічних методів профілактики міокардиту належать санітарно-гігієнічні та епідеміологічні заходи, направлені на запобігання виникнення та поширення інфекційних хвороб. До вторинної профілактики відносять диспансерний нагляд пацієнтів, що перенесли міокардит з метою раннього виявлення рецидивів захворювання, а також оптимізації медикаментозного лікування у пацієнтів з поточним міокардитом.

Висновки. Міокардит - проблема сучасності, складність якої обумовлена численними етіологічними чинниками, різноманітністю проявів і клінічних симптомів, відсутністю узгодженості вчених на концепцію лікування.

З.І.Карпик

ВПЛИВ БАКТЕРІАЛЬНОГО ЛІПОПОЛІСАХАРИДУ НА РОЗВИТОК ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У СІМ'ЯНИКАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра патофізіології

О.Є. Акімов (д.філ., доц.)

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність: метаболічний синдром (МС) – неінфекційна пандемія, що супроводжує людство в останні десятиліття та пов'язана із зміною способу життя, вільним доступом до висококалорійної їжі та безпечними (не виснажливими) умовами праці в розвинутих країнах. Одним із патогенетичних механізмів пливу МС на організм є розвиток оксидативного стресу. Бактеріальний ліпополісахарид (ЛПС) здатний проявляти різноманітну дію: десенсибілізуючу, протизапальну, впливаючи на різні ланки імуногенезу та опосередковано на транскрипційні фактори. Системна дія ЛПС супроводжується оксидативним ураженням різних органів та систем.

Не виключеним є поєднаний вплив на організм ЛПС та МС, який може спостерігатись за умов бактеріальних інфекцій у людей, що страждають ожирінням. В науковій літературі наведено обмежену кількість даних щодо поєданого впливу ЛПС та МС на організм.

Мета: визначити вплив бактеріального ліпополісахариду на активність супероксиддисмутази (СОД) та каталази, концентрацію малонового діальдегіду (МДА) в сім'яниках щурів за умов експериментального метаболічного синдрому.

Матеріали і методи: в дослідження включено 18 білих статевозрілих щурів-самців лінії «Вістар» вагою 230-255 г. Тварини розподілено на 3 групи, в кожній з яких налічувалось по 6. Перша група – контрольна – протягом всього періоду експерименту харчувалась за стандартних умов віварію та вживала воду. Друга група - метаболічного синдрому – отримувала додатково до раціону 20% розчин фруктози (Mamikutty N. 2014). Третя група –

поєднаного впливу ЛПС та МС – тваринам на фоні моделювання МС внутрішньоочеревинно вводили ЛПС за методом Єлінської А.М. (2019) протягом 60 діб.

Розрахунок активності СОД, каталази та МДА здійснювали за методом Єлінської А.М. (2019). Статистичну обробку результатів дослідження виконано за використання U-критерію Манна-Уїтні. Різниця між групами вважалась статистично значущою при $p < 0,05$.

Результати: за умов МС активність супероксиддисмутази та каталази знижується у 2,36 та 1,43 рази відповідно, тоді як концентрація МДА зростає у 2 рази порівняно із контрольною групою. Отже, за умов МС відбувається посилення перекисного окиснення ліпідів за рахунок зниження антиоксидантного захисту. У групі поєднаного впливу МС та ЛПС відмічається зростання активності каталази та концентрації МДА у 1,1 і 3,44 рази відповідно, натомість активність СОД падає у 1,3 рази при порівнянні з контрольною групою. В групі поєднаного впливу ЛПС та МС спостерігається зростання активності СОД та каталази у 1,82 та 1,57 рази відповідно, а концентрація МДА збільшується у 1,72 рази щодо групи МС.

Висновки: бактеріальний ліпополісахарид за умов моделювання експериментального метаболічного синдрому посилює інтенсивність перекисного окислення ліпідів та збільшує активність антиоксидантних ферментів у сім'яниках щурів.

Т. О. Кедик

ЗНАЧЕННЯ ОКУЛОКАРДІАЛЬНОГО РЕФЛЕКСУ. ВИВЧЕННЯ МОЖЛИВИХ УСКЛАДНЕНЬ І НЕСПРИЯТЛИВИХ НАСЛІДКІВ ПОВ'ЯЗАНИХ З РЕФЛЕКСОМ

Кафедра нормальної фізіології

А. О. Стельмашук (викладач-стажист)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Окулокардіальний рефлекс є відомим явищем, яке може виникнути під час операції та пов'язане з кількома потенційними ускладненнями та несприятливими наслідками, включаючи брадикардію, гіпотензію та зупинку серця. Враховуючи значні ризики, пов'язані з цим, зростає потреба досліджувати механізми, що лежать в основі, і визначати стратегії для контролю його появи. Таким чином, дослідження окулокардіального рефлексу та його ускладнень є дуже актуальним, особливо в контексті підвищення безпеки пацієнтів під час хірургічних втручань.

Мета: Вивчення можливих ускладнень, пов'язаних з окулокардіальним рефлексом під час операції, дослідження випадків брадикардії, гіпотензії та зупинки серця, пов'язані з рефлексом, а також факторів, які можуть впливати на його виникнення та важкість перебігу.

Методи та матеріали: Систематичний огляд наявної літератури для вивчення процесів, пов'язаних з окулокардіальним рефлексом під час операції. Пошук проводився з використанням кількох баз даних, включаючи PubMed, Scopus і Web of Science, Health Jade, з використанням відповідних ключових слів, таких як «окулокардіальний рефлекс», «брадикардія», «гіпотонія» та «зупинка серця». Використовувались англійськомовні дослідження, які повідомляли про частоту виникнення рефлексу та фактори ризику.

Результати: Окулокардіальний рефлекс несе інформацію про реактивність вегетативної нервової системи та використовується в клінічній медицині. Огляд вищевказаних джерел визначив загалом 25 досліджень, які відповідали критеріям включення, повідомляючи про близько 3000 хірургічних процедур. Загальна частота окулокардіального рефлексу становила 16,2%, причому брадикардія була найбільш поширеним ускладненням (11,4%), за нею йшли гіпотензія (4,7%) і зупинка серця (0,1%). Було виявлено, що частота виникнення рефлексу є вищою під час певних хірургічних втручань, таких як ті, що стосуються очей, вух, носа та горла, а також у пацієнтів з уже наявними захворюваннями серця. Встановлено, що використання певних анестетиків, таких як опіоїди та блокатори нервово-м'язової системи, також підвищує ризик рефлексу. Загалом результати свідчать про те, що окулокардіальний

рефлекс є значним потенційним ускладненням під час операції, і що слід вжити відповідних запобіжних заходів для запобігання його виникненню.

Висновок: Окулокардіальний рефлекс може виникнути під час офтальмологічних операцій та інших процедур, пов'язаних з оком. Однак він також може призвести до потенційно серйозних ускладнень, таких як брадикардія, гіпотонія та зупинка серця. Потрібні подальші дослідження для розробки нових стратегій для запобігання та управління несприятливими наслідками, проте окулокардіальний рефлекс відіграє важливу роль у підтримці гомеостазу серцево-судинної системи та може бути корисним діагностичним інструментом у певних клінічних умовах. Загалом, краще розуміння окулокардіального рефлексу та його потенційних ускладнень може підвищити безпеку пацієнтів і оптимізувати результати офтальмологічних процедур.

С.Ю. Клименко, А.А. Затхей

СТРЕС І СТРАТЕГІЇ ЙОГО ПОДОЛАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ВНМУ

Кафедра нормальної фізіології

І. В. Гусакова (к.мед.н., доц.), С. В. Коновалов (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Військові події в Україні (2022-2023 рр.) і тісно пов'язані з ними економічні та соціальні зміни призвели до зростання рівня соціальної напруги, підвищення соціальної тривоги та появи стресу в широких верств населення України.

Мета: оцінити рівень стресу в українських студентів-медиків та визначити найпоширеніші стратегії його подолання.

Матеріали та методи: Протягом листопада 2022 року обстежено 100 студентів Вінницького національного медичного університету II курсу навчання, середній вік обстежених – $19,47 \pm 0,51$ років, юнаків – 50, дівчат – 50. Для виявлення стресу використаний опитувальник DASS-21 (україномовний варіант), який дозволяє оцінити рівні депресії, тривоги та стресу; для діагностики стратегії подолання стресу використаний опитувальник «Strategic Approach to Coping Scale (SACS)» С. Хобфолл (1994) в адаптації Н. Е. Водоп'янової, Е. С. Старченкова (2001). Результати тестування статистично оброблені за допомогою пакету статистичного аналізу “data analysis” у програмі Microsoft Excel. Використані класичні інструменти data analysis.

Результати: Стресовий стан виявлений у $56 \pm 4,96\%$ обстежених, причому він має місце у $78 \pm 6,88\%$ дівчат і лише у $34 \pm 6,70\%$ юнаків ($p < 0,001$). Стрес у поєднанні з підвищеною тривожністю виявлений у $43 \pm 4,95\%$ студентів (у $72 \pm 6,35\%$ дівчат та $34 \pm 6,70\%$ юнаків, $p < 0,001$). Стрес у поєднанні з підвищеною тривогою та депресією зафіксований у $34 \pm 4,74\%$ обстежених, серед них дівчат – $50 \pm 7,07\%$, а юнаків – $18 \pm 5,43\%$ ($p < 0,001$). Встановлено, що найуживанішими стратегіями подолання стресу є просоціальна (у $42,0 \pm 4,94\%$ обстежених, причому її використовують $52,0 \pm 7,07\%$ дівчат і $32,0 \pm 6,60\%$ юнаків, $p < 0,05$), змішана ($18,0 \pm 3,84\%$ студентів) та асоціальна ($15,0 \pm 3,57\%$ обстежених). $65,0 \pm 4,77\%$ студентів-медиків демонструє високу конструктивність у подоланні стресів. Дівчата у порівнянні з юнаками значно конструктивніше долають стрес, вибираючи вірогідно частіше просоціальну стратегію його подолання.

Висновки: 1. Більшість сучасних студентів-медиків перебуває у стресовому стані ($56 \pm 4,96\%$ обстежених, тобто кожен другий), особливо актуальним це є у студенток ($78 \pm 6,88\%$ обстежених дівчат). Статеві відмінності у частоті стресу є вірогідними.

2. Кожен п'ятий студент демонструє тяжкий ($12 \pm 3,25\%$ студентів) або дуже тяжкий ($7 \pm 2,55\%$) перебіг стресової реакції.

3. З метою подолання стресу студенти-медики переважно використовують просоціальну, змішану та асоціальну стратегії.

4. Більшість студентів-медиків ($65 \pm 4,77\%$) демонструють високу конструктивність у подоланні стресу, вірогідно вищою вона є у дівчат ($p < 0,05$).

С.Ю. Клименко

РОЗВИТОК СТРУКТУР ГІПОКАМПУ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра анатомії людини

Т.В. Ходак (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Це порівняльне дослідження нормальних зразків плоду з використанням МРТ демонструє трансформації під час формування гіпокампа плоду. Знання цих перетворень допомагає пояснити складні анатомічні зв'язки у нормальному формуванні гіпокампу дорослої людини і може відігравати певну роль у розумінні та класифікації аномалій гіпокампу.

Мета: На основі аналізу наукової літератури дослідити формування структур гіпокампа в ембріогенезі.

Матеріали та методи: Інформаційною базою для дослідження стали роботи відомих зарубіжних вчених, а саме: E. Leon Kier, Jung H. Kim, Robert K. Fulbright, Richard A. Bronen. Метод дослідження-загальнонауковий, а саме: синтез та дедукція.

Результати: Вивчення розвитку гіпокампу почалося з ^3H -тимідин автографії для визначення походження, шляхів міграції та порядку розташування нейронів у гіпокампі. Ділянки гіпокампу починають формуватися з перших ембріональних днів і продовжують до постнатального періоду. Нейрони гіпокампа мігрують з нейроепітелію, який складається з трьох компонентів: амонійного нейроепітелію, зубчастого нейроепітелію і гліоепітелію. Амонійний нейроепітелій дає початок пірамідним клітинам і великим нейронам stratum oriens і hilus; зубчастий нейроепітелій є джерелом зернистих і великих клітин stratum moleculare і hilus; гліоепітелій започатковує гліальні клітини фімбрії. До 10-го тижня розвитку, зубчаста звивина і cornu ammonis — тонкі рудиментарні структури розташовані послідовно вздовж задньолатеральної частини проміжного мозку. На 10-11 тижні, зубчаста звивина потовщується, і борозна глибшає і зміщується в бік з'єднання cornu ammonis і dentate gyrus. На 12-14 тижні збільшення товщини зубчастої звивини змушує її обернутися в бік cornu ammonis і борозна гіпокампа стає глибшою. На вінцевому розрізі скроневої частки 16-тижневого зразка видно меншу борозну гіпокампа та початок згинання гіпокампу. До 18 тижня на МР-зображеннях видно згинання гіпокампу в скроневу частку, зміну dentate gyrus і cornu ammonis на переплетену С-форму дорослого гіпокампу. Зубчаста звивина має більш відкриту С конфігурацію в порівнянні з щільною U формою в 16-тижневому зразку. У 24-тижневому зразку гіпокамп відносно менший у порівнянні з парагіпокампальною звивиною. Колатеральна борозна вже наявна. Зародковий матрикс уздовж стінки скроневого рогу зменшується в товщині.

Висновки: Розвиток гіпокампу складається з кількох етапів: нейрогенез, міграція (з єдиного зачатку – нейроепітелію), диференціація (формування полів) та функціонування як єдина система. Початок розвитку окремих складових гіпокампу припадає на 10 тиждень внутрішньоутробного розвитку, до 24 тижня спостерігається згинання гіпокампу, поглиблення гіпокампальної борозни та трансформація конфігурації зубчастої звивини. Процес нейрогенезу гіпокампу, за даними останніх досліджень, не закінчується і в постнатальному періоді, що дає науковцям великі можливості в розробці можливих методів лікування нейродегенеративних захворювань.

К. П. Кметь, С. В. Завгородній
ВПЛИВ ХОДЬБИ ЛЮДИНИ НА ТОНУС АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра нормальної фізіології

М. В. Йолтухівський (д. мед. н., завідувач кафедри нормальної фізіології)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. При оцінці адаптації організму, зокрема ступеня вираженості компенсаторних процесів пріоритетними повинні бути дослідження не стільки керованих, як керуючих систем, зокрема, автономної нервової системи (АНС). Для оцінки стану АНС використовується метод аналізу варіабельності ритму серця (BPC).

Ходьба відноситься до фундаментальних гомеостатичних механізмів у людини та є основним типом локомоції людини й базовою функцією, що забезпечує мобільність, незалежне й повноцінне повсякденне існування. З урахуванням того, що реалізація акту ходьби суттєво залежить не тільки від координації спинальних, супраспинальних механізмів, від умов зовнішнього середовища, а й від внутрішнього стану організму, оцінка BPC при ходьбі є актуальним завданням.

Мета. Метою нашого дослідження було вивчити показники BPC у здорових студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова в умовах спокою, при ходьбі та при ходьбі з додатковим когнітивним завданням.

Матеріали та методи. У дослідженні використано обладнання фірми Commit GmbH VNS-Analyse, за допомогою якого отримано наступні показники: HF (ЧСС), SDNN (стандартне відхилення нормалізованих інтервалів R-R), RMSSD (квадратний корінь середнього квадратів різниць наступних інтервалів), DFA alpha1 (аналіз коливань без тренду для коротких записів), SI (стресовий індекс). Обстежено 28 студентів віком 18-20 років (14 чоловіків та 14 дівчат) у спокої сидячи та лежачи, зразу ж після ходьби довільним темпом та після ходьби з додатковим когнітивним завданням (послідовне віднімання числа 7, починаючи зі 100) протягом 260 серцевих скорочень. Статистичне опрацювання отриманих результатів здійснювали з використанням непараметричного тесту Фрідмана (рівень значимості = 0.05) та непараметричного тесту Вілкоксона з поправкою Бонферонні (рівень значимості = 0.017).

Результати. Ходьба та ходьба з додатковим когнітивним завданням достовірно не змінили лише показник DFA alpha1. Після ходьби достовірно змінилися SDNN і SI лише при реєстрації в положенні лежачи. Ходьба з додатковим когнітивним завданням достовірно змінила HF, SDNN, RMSSD, SI в положенні лежачи а показник HF також і в положенні сидячи.

Висновки. Таким чином, отримані нами результати та дані літератури (В.М.Мороз та ін., 2022) дозволяють стверджувати, що ходьба є комплексним моторним і когнітивним процесом, який для свого здійснення об'єднує значні ресурси ЦНС у тому числі й АНС. Сучасне електронне обладнання дозволяє отримувати комплексні характеристики ходьби людини й досліджувати їх зміни в умовах різних експериментальних парадигм. Отримані результати окреслюють нові можливості для порівняльного аналізу ходьби, відкривають напрямки для клініко-інструментальних співставлень.

В.Б.Козеренко

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАЗ РОЗВИТКУ КУЛЬТУРИ МІКРООРГАНІЗМУ R. glutinis

Кафедра мікробіології

Ю.В. Кордон (доцент, кандидат медичних наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: утилізація відходів - актуальна екологічна проблема. Сьогодні ні одне підприємство як в Україні, так і в світі не отримує дозвіл на виробництво своєї продукції, допоки не задекларує усі відходи виробництва, а також шляхи їх переробки або утилізації.

Мета: в лабораторних умовах дослідити і визначити проміжок часу, який характеризує стаціонарну фазу розвитку культури *R. glutinis* в збалансованому поживному середовищі в умовах періодичної системи.

Матеріали та методи: під час експерименту в якості об'єкта дослідження була використана музейна культура *R. Glutinis* та відповідне мікробіологічне обладнання. Були використані такі методи: мікроскопічний метод, метод глибинної ферментації, метод підрахунку клітин за допомоги камери Горяєва, метод розведень, метод мікробіологічних робіт в боксі з культурою, аналітична обробка результатів

Результати: I фаза повільного розвитку триває до 24 годин, характеризується повільним збільшенням кількості клітин, при мікроскопії показали інтенсивну базофілію. II фаза інтенсивного росту починається з 24 години і триває до 72 години (від 1-єї до 3-х діб). III фаза починається з 3-ої доби культивування, закінчується на 6-у добу. IV фаза показала також різке зменшення (N_i), проте ця фаза може тривати досить довго за рахунок того, що при вичерпаних поживних речовинах середовища, молоді клітини деякий час утилізують відмерлі клітини, яких з III фази міститься досить багато. Проте замкнута система в решті решт себе вичерпує, накопичуються токсичні продукти метаболізму – що призводить до повної загибелі популяції.

Висновки. встановлено і рекомендовано проводити культивування культури в періодичній системі для отримання якісного посівного матеріалу культури *R. glutinis* в лабораторних умовах при заданих регламентних параметрах: склад поживного середовища, температурних режим культивування, концентрація вихідної культури, тощо – на протязі 4 - 5 діб. Доведено, що в цей період концентрація культури *R. glutinis* найбільша ($10^{11} - 10^{12}$) клітин/см³ і дослідження морфологічного стану показали 100% домінування молодих і зрілих клітин.

Н.В. Колейко, А.Р. Вітюк

АМІЛОЇДНА ТЕОРІЯ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА РОЛЬ У ПАТОГЕНЕЗІ ХВОРОБИ АМІЛОЇДНОГО БІЛКА

Кафедра патологічної фізіології

А. О. Іваниця (доцент, к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні близько півтора відсотки від всього населення планети має хворобу Альцгеймера. З кожним роком захворюваність на дану патологію зростає. Згідно з прогнозами ВООЗ кількість хворих на 2050 рік становитиме 152 млн. Саме тому вивчення основних етіологічних чинників, ланок патогенезу та ролі ного білка у розвитку патології хвороби Альцгеймера є надзвичайно важливою.

Мета: Дослідити роль білка у розвитку дегенеративних процесів у головному мозку людини при хворобі Альцгеймера.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз літературних наукових баз Scopus, Web of Scient, PubMed MedLines за 2018-2022 роки.

Результати: Пам'ять є результатом роботи блоку сприйняття, обробки та зберігання інформації, що розташований в лобовій частці головного мозку. Саме нейрони даного блоку відповідають за збереження збудження, звірення інформації з параметрами нової запропонованої. Інформація, яка надходить, недовгий час циркулює у колі нейронів, яке є замкнутим. Запам'ятовування та збереження інформації- це утворення тимчасових нейронних зв'язків між двома видами інформації: новою та тою, що вже була збережена в головному мозку. А процес відтворення інформації являє собою відтворення сформованих раніше

зв'язків, а забування - їхнє гальмування. Збільшення гальмування в корі головного мозку може призвести до розвитку дегенеративних процесів та розвитку хвороби Альцгеймера. Патологічні закономірності у розвитку процесу деменції при хворобі Альцгеймера пов'язані з порушення утворення та накопиченням Білок утворюється з попередника APP (Amyloid beta precursor protein) та містить 30-40 залишків амінокислот, які вбудовані у клітинну стінку нейронних клітин головного мозку людини, таким чином, що один сегмент розташований ззовні від клітинної мембрани, а інша всередині. APP бере участь у процесі відновлення нейронних клітин мозку після їх ушкодження. У нормі білок попередник гідролізується форм білка, які виводяться з організму, але у випадку, коли гідроліз відбувається за допомогою тоді утворюється нерозчинна форма - мономер . Мономери білка - липкі, що зумовлює їхню здатність з'єднуватися у бляшкоподібні структури та утворювати бляшки (нейрофібрилярні клубки), які власне блокують передачу сигналу між нейронами, розміщуючись у нейронних щілинах. Накопичення сформованих полімерів ного білка в зоні нервового закінчення призводить до пошкодження симпатичної передачі між нейронами і як результат призводять до нейродегенерації при хворобі Альцгеймера, а ступінь клінічного пошкодження при цій хворобі визначається анатомічною ознакою ураження симпатичної передачі.

Висновок: впливає на утворення нових структур головного мозку, які називаються нейрофібрилярні клубки, що поєднуючись утворюють бляшки, які є головним фактором розвитку хвороби Альцгеймера тому що впливають на передачу інформації між нейронами, в результаті чого погіршується пам'ять.

Д.В.Коліжук, М.О.Осіпова

ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Кафедра патологічної анатомії людини

Н.В. Бенедіктова (асистент кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром Дауна в сучасному світі є найпоширенішою хворобою викликаною хромосомною мутацією. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 1 з кожних 700 - 1000 новонароджених має цю хворобу. За інформацією Центру медичної статистики МОЗ України, станом на 2014 рік дітей-інвалідів в окремих вікових групах внаслідок синдрому Дауна за 2014 рік становить: 0-2 роки – 857 осіб, 3-6 років – 1 248 осіб, 7-14 років – 1 649 осіб, 15-17 років – 309 осіб. ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології і кардіохірургії» МОЗ України провів дослідження, в якому виявив, що питома вага вад ССС у новонароджених із даним синдромом складає третю частину (32,76%). Також було встановлено, що найбільшу кількість серед усіх вроджених вад ССС у пацієнтів склала атріо-вентрикулярна комунікація (АВК) - 57% та дефект міжшлуночкової перетинки - 30 %. Клінічний інтерес викликає АВК у комбінації з ТФ, що є відносно рідкісним поєднанням вади серця, але достатньо важливим анатомо-морфологічним дефектом.

Мета: Проаналізувати патоморфологію серцево-судинної системи та причини смерті хворих із синдромом Дауна.

Матеріали та методи: Аналіз закордонних статей, публікацій Google Scholar, PubMed, Scopus, статистичні дані ВООЗ та МОЗ України.

Результати:

Встановлені окремі ознаки, які дозволяють діагностувати складну вроджену ваду серця - повну АВК в комбінації з ТФ у плодів з синдромом Дауна. Одним з перших досліджень, яке описало цей зв'язок, була робота британських авторів, опублікована в 1965 році в журналі "The Lancet". Такі зміни спостерігаються при цьому: аномальне 4-камерне зображення серця у

вигляді загального АВ з'єднання (стулки АВ клапанів формують один загальний), розширення корення аорти – від 5 мм (при нормі 2.8 – 3.0 мм), “ аорта – вершник” (зміщення аорти до переду і вправо), гіпоплазія легеневої артерії – 2.2 мм (при нормі 3.2 – 3.5 мм), можливе збільшення об'єму лівого та правого шлуночка, при цьому наявне стоншення стінки лівого шлуночка та гіпертрофія правого. При аутопсії грудної клітки буде спостерігатись аномальне розташування головних артерій – аорта з розширеним коренем розташовуватиметься попереду від легеневої артерії. Розтин камер встановив злиття овального вікна з широким дефектом міжшлуночкової перегородки. Міокард пружний і має темно-бурий колір. Клапани тонкі, прозорі. Із лівого шлуночка через АВ канал можна потрапити до аорти. Значна поширеність вроджених вад серця при синдромі Дауна пояснюється тим, що трисомія 21-ї пари хромосоми значно порушує серцеві клітини-попередники. Це призводить до тяжких вад серця, які є причиною смерті, що було доведено медичною організацією "National Down Syndrome Society" в США у 2010 році. Організація встановила, що смертність у перші роки життя без вроджених вад серця становить всього 1%.

Висновки: Отже, патологія серцево-судинної системи є найпоширенішою причиною летальності хворих із синдромом Дауна, що було доведено багаточисленними дослідженнями різних наукових груп.

А.В. Колодницький

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра медичної біології

В.М. Шкарупа (д.біол.наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Штучний інтелект (ШІ) стає все більш популярним у генетичних дослідженнях, оскільки він дозволяє вченим швидко й точно аналізувати величезні обсяги генетичних даних. Алгоритми ШІ можна навчити виявляти закономірності у великомасштабних наборах генетичних даних, дозволяючи дослідникам ідентифікувати нові гени, пов'язані з певними захворюваннями чи ознаками.

Мета: ознайомитися з досвідом використання штучного інтелекту у дослідженнях генетичних чинників хвороби Альцгеймера.

Матеріали та методи: аналіз баз наукових даних («NIH», «PubMed»).

Результати: Штучний інтелект – комп'ютерні програми здатні до самостійного аналізу, синтезу та обробки інформації. Основна перевага ШІ – можливість до самонавчання. Біоінформатичний аналіз генотип - прогнозування фенотипу є надзвичайно складним, оскільки це вимагає інтеграції процесів та інформації на багатьох рівнях біологічної організації. Використання ШІ дозволяє оптимізувати такий аналіз. Наразі активно розвиваються підходи використання ШІ в діагностуванні та прогнозуванні Хвороби Альцгеймера (ХА). Цей вид деменції є нейродегенеративним захворюванням, при якому внесок етіологічних чинників генетичної природи становить приблизно 70%. Із застосуванням мікрочіпів і технологій секвенування наступного покоління, прогрес в дослідженнях з використанням генетичних даних показав вибухове зростання. На додаток до звичайних статистичних методів обробки цих даних, технологія ШІ демонструє очевидні переваги в аналізі таких складних проектів. Ще в 2012 році ШІ знайшов своє застосування у класифікації та аналізі однонуклеотидних поліморфізмів (SNP), для уточнення, які з них мають відношення до ХА. Удосконалений метод «випадкового лісу» з двоетапною вибіркою було протестовано на наборі даних SNP Parkinson та AD GWAS; результати показали, що цей метод був ефективним у виборі підгруп SNP, і продуктивність була навіть кращою, ніж у традиційних способів групування. Таким чином було підтверджено що певні локуси сильно корелюють з

ХА, а аналіз шляхів показав, що ранжирування генів на основі цього комбінованого підходу було ефективніше через збагаченість шляхами, пов'язаними з ХА, такими як: імунна відповідь, старіння та розвиток гіпокампу. Також ШІ було використано з метою аналізу профілів експресії генів, адже їх зміни можуть спричинити аномалії в метаболізмі певних білків і, зрештою, призвести до патологічних змін ХА. Використання алгоритмів машинного навчання для аналізу набору даних мікроматриці експресії генів гіпокампу контрольних зразків і зразків ХА дозволило виявити зміни в рівнях експресії багатьох генів у гіпокампі пацієнтів з ХА, що були пов'язані з метаболізмом металів. Нещодавні дослідження почали використовувати більш складний підхід, з використанням нетрадиційних та складних алгоритмів. Так, було комбіновано класифікатори «дерева рішень», кількісні правила та методи ієрархічної кластеризації, а також проведено навчання на кількох ретельно підготовлених наборах даних експресії генів. Вони дозволили виявити до 90 генів, профіль експресії яких у пацієнтів з ХА істотно відрізнявся від здорових осіб.

Висновки: Використання машинного навчання в дослідженні Хвороби Альцгеймера є перспективним напрямком. ШІ показує максимальну ефективність в аналізі великих баз даних. Крім того, машинне навчання може бути використане для виявлення нових залежностей та кореляцій між генетичними факторами, що сприяють розвитку Хвороби Альцгеймера. Такі дослідження можуть допомогти в розробці більш ефективних методів діагностики та лікування цієї хвороби.

С.Ю. Коновалова

УТВОРЕННЯ ЛЮДСЬКИХ РАС, ЗАКОНОМІРНОСТІ ЇХ ГЕОГРАФІЧНОГО РОЗТАШУВАННЯ.

Кафедра медичної біології

С.С. Хлестова (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: достатньо часто нам зустрічаються люди, які відрізняються не тільки індивідуальними особливостями, а й приналежністю до певної раси. У більшості випадків ми не надаємо цьому вагомому значення, хоча дана тема є досить проблематичною. Суспільна ворожість, вплив історичних чинників, політичні упередження призводять до появи расизму, що є недопустимим у сучасному світі. Тому необхідно глибше дослідити утворення рас, щоб попередити необ'єктивність людських думок.

Мета: теоретично дослідити особливості людських рас та їх взаємозв'язок у географічному розташуванні. Структурувати та узагальнити оброблену інформацію.

Матеріали та методи: контент-аналіз наукових вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, інтернет ресурсів, бібліографічних даних.

Результати: Насамперед раси – це певні групи людей, які мають схожі зовнішні, рідше внутрішні, ознаки та мають спільне походження. Усі раси походять від людини розумної (*Homo sapiens*), тому більшість структур у представників схожі. Наприклад, об'єм мозку, середній зріст, розмір кісток, внутрішніх органів. Найбільша різниця проявляється в кольорі шкіри, очей, волосся та його структурі, тобто зовнішніх рисах. Саме це дозволяє поділити раси на три найбільші групи (монголоїдна, європеїдна, негроїдна або екваторіальна). За світовими статистичними даними найчисельнішою людською расою вважається європеїдна, вона налічує приблизно 50% населення земної кулі. Друге місце за своєю чисельністю займає монголоїдна раса, яка налічує 40% населення планети. Третє місце за чисельністю займає негроїдна (екваторіальна) раса, яка налічує приблизно 10% населення планети. Кожна сформувалася під впливом довкілля, як пристосування до умов існування виду. Так монголоїдній характерна жовтувата шкіра, вузький розріз очей (зазвичай карі), темний колір волосся. Протягом тривалого часу люди живуть на територіях із частими піщаними, пиловими

бурями, перепадами температур (в основному степові зони), тому століттями створювалися захисні механізми, які відобразилися в зовнішньому вигляді. Європеїдній расі притаманні великі очі, світле волосся, шкіра й райдужка ока, що зумовлено відповідним ареалом існування. Негроїдна ж формувалася під впливом високих температур, жаркого клімату, дефіциту води, тому задля нормального функціонування організму з'явилася дуже темна шкіра, кучеряве жорстке волосся, великі ніздрі тощо. Усі расові ознаки передаються спадково. Учені доводять, що сьогодні не існує чистих рас, певні ознаки все частіше зустрічаються на нетипових для них територіях. Це пов'язано з переселеннями народів, відповідно метисацією (змішання різних популяцій) та утворенням расових різновидів.

Висновки: Таким чином, раси – великі групи людей спільного походження, але в певній мірі різних фенотипічних ознак. Усі зміни набуті впродовж довгого періоду під впливом температур, вітру, сонячного опромінення, природних явищ, іншими словами чинників довкілля і є пристосуванням до умов середовища.

О.В. Конопельнюк
**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ВОГНЕПАЛЬНОЇ
ТРАВМИ ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ ДОСЛІДЖЕННІ**

Кафедра судової медицини та права

В.І. Гунас (PhD, зав. каф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Судова медицина є однією з найбільш комплексних медичних наук і вимагає застосування знань з таких дисциплін як біофізика, акушерство та гінекологія, онкологія тощо. Усі ці комплексні знання використовуються судово-медичною експертизою для відповіді на численні питання, що постають у ході виконання експертизи. Однією з найбільш складних видів експертиз, яка зараз набула неабиякого поширення і значення, є експертиза вогнепальної травми. Вторгнення росії в Україну викликало навантаження судово-медичної служби випадками вибухової та вогнепальної травми, що в свою чергу знову нагадує про необхідність оновлення знань щодо шляхів проведення судово-медичного дослідження в такому випадку.

Мета. Провести аналіз літературних джерел щодо сучасних шляхів роботи судово-медичних експертів у випадку експертизи вогнепальної травми; порівняння з особливостями роботи вітчизняних судово-медичних експертів у таких випадках.

Матеріали та методи. Проведено аналіз літературних джерел з наукометричної бази Гугл Академія. Критерії включення: давність публікації статті не більше 10 років; ключові слова: вогнепальна травма, судова медицина, вогнепальна зброя, залишкові продукти пострілу. Критерії виключення: давність публікації статті більше 10 років, невідповідність тематиці пошуку.

Результати. Як і в випадках проведення інших експертиз, експертиза вогнепальної травми вимагає комплексного підходу який включає: огляд трупа на місці події, проведення зовнішнього дослідження в бюро судово-медичної експертизи, послідууючої аутопсії та відбору зразків для лабораторних методів дослідження. Іноземний досвід експертизи свідчить про існування кардинальної відмінності у процесі огляду трупа на місці події та методів, що застосовуються при лабораторній діагностиці. Так, на диво, найбільшу увагу зосереджують на місці події, де відбувається взяття основного масиву зразків на дослідження, зокрема, це стосується змивів з верхніх кінцівок, одягу померлого, оточуючих предметів, що надалі будуть аналізуватися на предмет вмісту залишків продуктів пострілу. Подальші відбори з одягу та тіла померлого відбуваються вже в морзі, де окрім того проводиться мікроскопічне дослідження. Лабораторне дослідження включає в себе використання: хромато-мас-спектрометричного методу, інфрачервону мікроскопію на суміщеному ІЧ-Фур'є спектрометрі, енергодисперсійну рентгенівську спектроскопію. В той же час вітчизняні

лабораторії обладнані здебільшого стереомікроскопами та дозволяють виконувати тільки контактнo-дифузійний метод.

Висновки. Експертиза вогнепальної травми є однією з найбільш складних і комплексних в судовій медицині, та вимагає використання потужного лабораторного комплексу з метою проведення додаткових досліджень. В Україні такий аналіз проводиться здебільшого відділеннями судово-медичної криміналістики, які за рідкісним винятком не мають елементарного устаткування для повноцінного аналізу доступних речових доказів.

С.Т. Корецька

ЧУТЛИВІСТЬ КОЛІЦИНОГЕННИХ ШТАМІВ *E. COLI* ДО ПРОТИМІКРОБНИХ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ І БАКТЕРІОФАГІВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Л.М. Бурова (к.б.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м.Львів, Україна

Актуальність. Основу для формування полірезистентних штамів мікроорганізмів складають характерні традиції використання антимікробних засобів, що склалися на сьогоднішній день. Однією з найважливіших проблем сучасності є розповсюдження таких штамів бактерій. Мікроорганізми, що циркулюють із різними типами резистентності, зумовлюють потребу в постійному моніторингу антибіотикочутливості. В умовах збільшення антибіотикорезистентних штамів серед патогенів та, враховуючи відсутність побічних ефектів відомих фагів, є досить перспективним їхнє використання для лікування гострих кишкових інфекцій.

Мета. Порівняти чутливості до комерційних препаратів бактеріофагів та протимікробних хімотерапевтичних препаратів (ПХП) коліциногенних штамів ешерихій, які виділені з випорожнень хворих із дисбіозами кишечника.

Матеріали та методи. Під час дослідження використали 40 штамів *E.coliCol+*, які були виділені з випорожнень пацієнтів віком від 25 до 64 років зі спільною ознакою - дисбіотичні зміни в кишківнику. Коліциногенну активність визначали методом відтермінованого антагонізму за Фредеріком. В якості індикаторної культури використовували лабораторні штами *E.coli*: BE, C 600, K-12, C1a та *E.coli* M-17(виділеного з пробіотику „Колібактерин”). За допомогою диско-дифузійного методу визначали чутливість до антибіотиків із використанням стандартних дисків. Чутливість щодо антибіотиків коліцинопродукуючих штамів здійснювали порівнянням відносно чутливості щодо референтного штаму *E. coli* ATCC 25922. Чутливість щодо фагів проводили двошаровим методом. По 3-5 мкл інтесті-бактеріофагу (грузинського виробництва) та піофагу (українського виробництва) наносили на газони із досліджуваними штамми *E.coliCol+*.

Результати. Найвищу чутливість коліцинопродукуючих штамів *E.coli* встановлено до фторхінолонів: гатіфлоксацину – 33 штами(84%), пефлоксацину – 36 штамів(90%), офлоксацину та норфлоксацину – 29 штамів(74%). До ципрофлоксацину чутливими були лишень 15 штамів(39%). Майже однакову чутливість до комерційних препаратів бактеріофагів виявили коліцинопродукуючі штами *E.coli* - інтесті-бактеріофагу - 32 штами(81%), піофагу – 33 штами(84%).

Зауважено, культури, що проявляють стійкість щодо ципрофлоксацину, були чутливими до піофагу у 37 випадках(94%), до інтесті-бактеріофагу у 35 випадках(88%). У 3 досліджуваних штамів(7%), які не адсорбували жодного бактеріофагу, відмічалась чутливість: в 1-му штамі до фторхінолонів, цефалоспоринів 1, 3-го покоління, аміноглікозидів; в 2-му штамі до фторхінолонів та цефалоспоринів 3-го покоління; в 3-го штаму – до цефалоспоринів 3-го покоління та гентаміцину.

Висновки. 1. В середньому 7% становить резистентність досліджених штамів ешерихій щодо комерційних фагів. 2. У порівнянні з іншими фторхінолонами (гатіфлоксацином, ципрофлоксацином, офлоксацином, норфлоксацином) спостерігається зменшення чутливості серед коліциногенних ешерихій щодо ципрофлоксацину. 3. Резистентність щодо ПХП поєднується з фагорезистентністю, яка має багатоманітні механізми розвитку.

П.Є. Кочерга, С.О. Іванов

АТЛАС КОЛЬОРІВ ТРУПНИХ ПЛЯМ, ЯК СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ІНФОРМАТИВНОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПІВ

Кафедра судової медицини та права

О.І. Моканюк (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: дослідження трупних плям має важливе значення для судово-медичної практики, тому що за допомогою них можна встановити давність смерті та її причину, розрізнити з іншими плямами та ушкодженнями. Проте, при оцінці цієї ознаки присутній значний суб'єктивний фактор, який ускладнює діагностику.

Мета: збільшення інформативності судово-медичної діагностики, шляхом об'єктивізації визначення їх кольору трупної плями

Матеріали та методи: Зроблено на камеру мобільного телефону iPhone 11 Pro Max 81 фото трупних плям 50 трупів, в якості еталону кольорів використовувався атлас кольорів розроблений доц. Моканюком О.І. (2015 рік). Суб'єктивно колір визначали два дослідника незалежно один від одного, а потім за допомогою програми Mathcad 2015 оцінили наявність та відсоткове співвідношення кольорів на фото; а також здійснено аналіз джерел з наукометричної бази Google Scholar, PubMed 2016-2022.

Результати: В ході дослідження трупів були виявлені наступні кольори трупних плям: темно-синій(1.6) – у 5% випадків, темно-жовто-зелений (4.6) – у 20% випадків, оранжевий (7.4) – у 5% випадків, блідо-червоний(8.2) – у 5% випадків, темно-червоний (8.6) – у 10% випадків, пурпуровий (10.4) – у 25% випадків, темно-пурпуровий (10.6) – у 20% випадків, фіолетовий (11.4) – у 5% випадків, темно-фіолетовий (11.6) – у 5% випадків. В результаті суб'єктивного дослідження, два дослідники однаково оцінили візуальні характеристики трупної плями у 37 (45%) із 81 можливого випадка. Суб'єктивне кольоросприйняття співпало з об'єктивним в дослідника жіночої статі в 39 (48%) випадках, а у дослідника чоловічої статі в 30 (37%) з 81 можливого

Висновки: індивідуальне кольоросприйняття дослідника впливає на точність визначення кольору трупної плями. Для збільшення інформативності та точності визначення кольору, необхідно використовувати атлас кольорів, а для ще більш точного визначення - використовувати об'єктивну методику оцінки кольору за допомогою програмного забезпечення.

М.Є. Краснякова

РЕГУЛЯЦІЯ БОЛЬОВОЇ СИГНАЛІЗАЦІЇ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ СПИННОГО МОЗКУ ЩУРІВ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Власенко (д.мед.н., проф.), Н. В. Войтенко (д.біол.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відчуття болю опосередковується всією нервовою системою, включаючи периферичну нервову систему, спинний і головний мозок. Серед багатьох клітин, що залучені до больової сигналізації особливо важливими є спинномозково-парабрахіальні нейрони (СМПБнейрони), оскільки вони є єдиними, хто передає сенсорну інформацію від спинного мозку до супраспинальних центрів. СМПБнейрони переважно розташовані в пластинці І і здебільшого націлені на парабрахіальну область стовбура мозку, вони є ноцицептивно специфічними та здатні генерувати потенціали дії у відповідь на потенційно шкідливі тепло, холод, механічні стимули.

Мета: Визначити механізми регуляції больової сигналізації поперекового відділу спинного мозку у щурів для пошуку потенціальних ланок впливу на хронічний больовий синдром.

Матеріали і методи: поведінкові тести для оцінки больової чутливості щурів, реєстрація потенціалів дії нейронів, методика «patch clamp», стимуляція дорсального корінця.

Результати: Ми встановили три субпопуляції СМПБнейронів у пластинці І спинного мозку за кількістю згенерованих потенціалів дії. Одна з цих груп, яку ми виділили у СМПБнейрони ІІ-типу, складає лише 19% у структурі популяції, але генерує 69% вихідної активності за кількістю потенціалів дії. СМПБнейрони І пластинки у групі часткового пошкодження нерва у відповідь на невеликий А-стимул мають значну кількість потенціалів дії, що дає нам можливість припустити, що вони приймають роль у формуванні такого феномену, як алодинія. У відповідь на С – стимул в умовах нейропатичного болю ці нейрони мають здатність генерувати більш тривале плато, та відповідно більшу кількість потенціалів дії. Ці данні дають нам підставу говорити про те, що за рахунок даного механізму може реалізовуватись феномен гіпералгезії.

Вперше була підтверджена залученість пластинки Х у регуляцію больової сигналізації. Нами було показано, що значний вклад в цю регуляцію мають ТРПВ1-рецептори, адже вони представлені на мембранах нейронів пластинки Х. Також вперше доведено, що нейрони пластинки Х регулюються пресинаптично на сегментарному рівні від гомо- і гетеросегментарних первинних аферентів та на супраспинальному рівні - по низхідним волокнам з кортикоспинального тракту, дорсолатерального канатика і переднього канатика. Вперше було показано функціональну схожість пластинки Х з основною ноцицептивно-проекційною пластинкою І дорсального рогу спинного мозку.

Висновки: Встановлено функціональну схожість пластинки Х з основною ноцицептивно-проекційною пластинкою І спинного мозку. Специфічний вплив як на сегментарну, так і на пре- і постсинаптичну низхідну регуляцію може стати потенційною ланкою для впливу на хронічні больові синдроми.

Д.А. Кулібакіна

РОЛЬ ПЛАЦЕНТАРНИХ МАКРОФАГІВ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТИ

Кафедра патологічної анатомії

Н.В.Бенедіктова (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Нині існує багато публікацій, присвячених контролю фізіологічного розвитку плаценти. Незважаючи на це, питання про регуляторну роль макрофагів у матково-плацентарному комплексі досі недостатньо вивчене, що не дозволяє сформувати чітке уявлення про участь цих клітин в умовах розвитку патологічних змін плаценти. Серед клітинних агентів найбільший інтерес викликають плацентарні макрофаги, або клітини Кашенко-Гофбауера (ККГ).

Мета: Представити сучасні дані про походження, функції цих клітин і їхню роль при патологічному розвитку плаценти.

Матеріали та методи: Аналіз джерел наукової літератури, інтернет-ресурсів та огляд тематичних статей медичних журналів.

Результати: Досліджувалися нові, досі недостатньо вивчені морфологічні ознаки плацентарних макрофагів. Клітини Кащенко-Гофбауера відіграють значну роль в імунному захисті, беручи участь у створенні імунологічної толерантності материнського організму до клітин плода. Керуючи процесами проростання ворсин та розвитку судин плода, вони моделюють їх ріст і розгалуження в процесі розвитку хоріального дерева, забезпечують, контроль вмісту води в стромі та перенесення іонів і сироваткових білків через материнсько-фетальний бар'єр.

Ці плацентарні макрофаги роблять внесок в процеси диференціювання трофобласта і ангиогенезу, виробляючи різні фактори росту і цитокіни (VEGF, FGF, васкулотропін, фактор проліферації ендотелію, білки родини Sprouty (Spry) та ін.).

Зміни у клітинах Кащенко-Гофбауера можуть служити показником патологічних процесів у плаценті. Виявлення великої кількості ККГ на II і III триместрах вагітності являється проявом патологічної незрілості плаценти. Їх завжди виявляють при пухирчастому заносі. Найбільший інтерес викликає наявність ККГ при антенатальному інфікуванні і плацентитах.

Існує припущення, що ККГ можуть бути «вхідними воротами» або накопичувачами для вірусу імунodefіцита людини при антенатальному інфікуванні плаценти у ВІЛ-позитивних вагітних жінок.

Висновки: Фенотипова і функціональна характеристика тканинних макрофагів є необхідною умовою для розуміння ролі цих клітин у фізіологічних та патофізіологічних процесах тканин та органів. Не зважаючи на актуальність вивчення ККГ при патології в системі мати-плацента-плід, таких досліджень мало.

Подальше ретельне вивчення регуляторних властивостей макрофагів матково-плацентарного комплексу дозволить краще уявити їхню роль в умовах патології.

Н.О. Куряча

ВПЛИВ НАВ'ЯЗАНОГО РИТМУ ДИХАННЯ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ

Кафедра нормальної фізіології

Н. М. Бандурка (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Глибоке рідке дихання має характерний вплив на організм, а саме: знижує частоту серцевих скорочень, знижує артеріальний тиск, збільшує амплітуду тета-хвиль на ЕЕГ, а також, збільшує парасимпатичну активність (Р. Джерат, 2006). Встановлено, що циклічне дихання, синхронізоване з почерговим скороченням м'язів може бути одним із основних явищ, що забезпечує посилення парасимпатичного тону. Характер такого впливу можна деталізувати шляхом аналізу варіабельності ритму серця.

Мета. Визначити показники тону автономної нервової системи (АНС) при нав'язаному глибокому рідкому диханні шляхом аналізу варіабельності ритму серця (ВРС).

Матеріали і методи. Дослідження проведено на обладнанні Commit GmbH VNS-Analyse. Отримано та опрацьовано наступні показники: SDNN, HF, RMSSD, SI, DFA alpha1.

Обстежено 15 хлопців і дівчат, студентів 2 курсу ВНМУ ім. М. І. Пирогова віком 18-19 років. Реєстрацію здійснювали в положенні сидячи при спокійному диханні та в положенні сидячи з нав'язаним ритмом дихання (6 за 1 хвилину) та записом тривалістю 130 інтервалів R-R.

Результати. Важливо зауважити, що спеціальний аналіз нерегулярності інтервалів R-R на ЕКГ забезпечує отримання показників варіабельності ритму серця (ВРС), які зумовлені безперервним конкуруючим впливом симпатичної та парасимпатичної частин АНС на діяльність серця. Завдяки автоматичному опрацюванню за алгоритмом VNS-Analyse отримано наступні показники ВРС: SI - тону симпатичної нервової системи, RMSSD - тону

парасимпатичної нервової системи, HF - частоту серцевих скорочень, SDNN - взаємодію між симпатичною і парасимпатичною нервовою системами. Встановлено, що під час нав'язаного рідкого дихання (6 за 1 хвилину) у 9 обстежених тонуус симпатичної нервової системи знизився, у 11 обстежених тонуус парасимпатичної нервової системи збільшився і лише у одного з них вийшов за межі норми. Частота серцевих скорочень зменшилася у 11 студентів, у 5 з них зменшення вийшло за межі норми. Показник взаємодії між симпатичною і парасимпатичною нервовою системами збільшився у 12 студентів, хоча у 10 із них не вийшов за межі норми.

Висновки. Таким чином, аналіз отриманих результатів впливу нав'язаного глибокого рідкого дихання на ВРС обґрунтовує зростання тонуусу парасимпатичної нервової системи при цьому. Це пояснюється тим, що парасимпатична система активується за рахунок розтягнення легеневої тканини під час вдиху (Pal GK, Velkumary S, Madanmohan, 2004). Суттєво, що алгоритм керування диханням обладнання Commit GmbH VNS-Analyse забезпечує активацію парасимпатичної нервової системи що може призвести до пом'якшення стресу, кращого протистояння когнітивному подразнику. З огляду на такі висновки, необхідно продовжити дослідження з метою розробки рекомендацій для студентів, особливо під час сесії.

В.М. Лашкевич, В.В. Лопаткін

РОЛЬ ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ У БОРОТЬБІ З ХВОРОБАМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ КОМАРАМИ. НОВІТНЯ ТЕХНОЛОГІЯ ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ - CRISPR

Кафедра медичної біології

О.В. Спрут (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Комарі є одні з найбільш смертоносних організмів у світі завдяки своїй здатності поширювати інфекції через укуси. Особливо гостро у сучасній медицині це питання стоїть в країнах з тропічним та субтропічним кліматом, де ці комахи становлять найвищу чисельність та загрозу. Розбір сутності CRISPR як методу є важливим для науковців та інженерів, які прагнуть опанувати сучасні технології та успішно працювати над розв'язанням проблем людства.

Мета: Аналіз сучасної технології CRISPR та її методів використання у генній інженерії у вузькій направленості боротьби з хворобами, які передають комарі.

Матеріали та методи: аналіз статей сайту TheScientist, ScienceDaily, PubMed та інших.

Результати: технологія CRISPR на теперішній час вважається надійним методом розрізання послідовності бактеріальної ДНК між повторами, які збігаються з вірусними, й націлювання їх на нуклеїнові кислоти. У процесі РНК направляє нуклеазу до вірусної ДНК, щоб розрізати її, забезпечуючи захист від вірусу. За допомогою цього методу легко порушити ген та, при додаванні шаблону ДНК, вставляти нову послідовність нуклеотидів у потрібне місце.

Рибонуклеази системи CRISPR можуть розщеплювати РНК замість ДНК. Вчені закодували механізми в комах, щоб ті експресували рибонуклеази CRISPR, і розробили спрямовані на різні віруси. Коли комар заражається вірусом, механізм CRISPR розрізає послідовності вірусної РНК, що призводить до активності гена, яка знижує пристосованість комах і в підсумку вбиває її. Науковці вдало використовують цей механізм для надмірної експресії генів розвитку комах, що призводить до повної летальності організму. Тому така техніка генної інженерії, яка полягає в стерильності комарів, є найбільш ефективним способом боротьби з комахами в природі та впевнено протистоїть традиційному методу отруєння комах радіацією. Використання CRISPR не впливає на хромосоми, тому тварина є більш придатною до виживання, що призводить до довшої життєздатності в дикій природі та вищого рівня придушення популяції.

Висновки: Гострим питанням у боротьбі з хворобами, що передаються комарами стоїть у швидкості поширення хвороб. Сучасна генна інженерія, яка займається вирішенням і цього питання базується на методі CRISPR, адже це швидкий спосіб дії для вищого рівня придушення популяції та являє собою екологічний, швидкий та дієвий спосіб розв'язання цього питання. До появи системи CRISPR науковцям не вистачало інструментів для штучних специфічних змін генів у цілій популяції. Але ця система дає змогу змінити або видалити будь-який ланцюжок в геномі. Тому, вчені можуть бути впевнені, що новий ген копіює себе в кожне наступне покоління і використовуючи ці знання змінювати “шкідливий” ген або ж зовсім його видалити, що в тривалому майбутньому змусить нас забути про хвороби, які передаються комахами.

В.С. Левчук
**МОЖЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
ОСОБЛИВОСТЕЙ ВОЛОССЯ МЕТОДОМ ТРИХОСКОПІЇ**
Кафедра медичної біології
І.М. Климчук (асистент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Волосся є показником не лише краси людини, а й її здоров'я. Зміни стану волосся слугують індикатором порушення прихованих процесів в організмі, наслідки яких людина відчуває через певний відрізок часу. Такі зміни як: надмірна сухість волосся та шкіри голови, поява лупи, початок облісіння можуть сигналізувати про початок серйозних проблем в організмі людини.

Мета: Ознайомитися з особливостями та специфікою проведення методу трихоскопії. Так, як самоконтроль людиною стану власного волосся хороший лише для візуального порівняння змін, а для точної діагностики та можливості правильного лікування потрібно обов'язково проводити інструментальне обстеження.

Матеріали та методи: Для проведення дослідження була набрана група студентів-медиків віком 17-21 рік. Трихоскопія проводилася за допомогою трихоскопа Polarizer HR (MEDL7HM), що має 70 та 200 кратне збільшення. Завдяки USB-інтерфейсу Polarizer HR (MEDL7HM) процес та результат обстеження можна спостерігати на моніторі ПК, ноутбука або планшета. Інтернет ресурси.

Результати: Наука трихологія популярною в Україні стала протягом останнього десятиліття. Трихологи займаються вивченням структури волосся та волосистої частини шкіри голови, діагностують проблему, встановлюють причини її виникнення і призначають ефективне і безпечно лікування. Вони комплексно взаємодіють із іншими фахівцями, приділяючи увагу стану всіх систем організму, зокрема ендокринній системі. Основним арсеналом для діагностики у них є метод трихоскопії, що базується на використанні апаратів – трихоскопів. Сучасний трихоскоп оснащений цифровою камерою, для забезпечення різних ступенів збільшення зображень. При проведенні обстеження для автоматичної обробки інформації використовується спеціальне програмне забезпечення. Результати формуються миттєво в процесі самого дослідження.

Таким чином завдяки трихоскопу Polarizer HR (MEDL7HM) вдалося оцінити структуру волоссяних фолікул, їх кількість на квадратний сантиметр та фазу росту; структуру та пошкодження стрижня волосини; співвідношення між волоссям, що росте і випадає; ступінь витончення волосся; надмірну сухість та жирність шкіри голови; стан судин навколо волоссяних цибулин; робити на мікроскопічному рівні знімки шкірних покривів і волосся, діагностувати різні захворювання волосся та шкіри голови. Вбудований поляризаційний фільтр мінімізував ефект відблиску волосся та шкіри голови, дозволяючи здійснити дерматоскопію та оцінити мікроциркуляцію шкіри волосистої частини голови. Завдяки USB-

інтерфейсу Polarizer HR (MEDL7HM) вдалося продемонструвати студентам процес та результат обстеження на моніторі ноутбука.

Висновки: Отже, апаратна діагностика стану шкіри голови та волосся дозволяє завчасно виявити та підтвердити не лише прорушення їх структури, але й в комплексі з іншими дослідженнями встановити першопричину таких порушень. Лише здорова зовні та зсередини людина може відчувати себе привабливою та сповненою життєвих сил.

І. Л. Лемець

ВИВЧЕННЯ МЕХАНІЗМІВ РЕГЕНЕРАЦІЇ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КЛІТИН ШКІРИ ПІСЛЯ ОПІКІВ: РОЛЬ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ТА МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ПРОЦЕСУ

Кафедра медичної біології

О. В. Спрут (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема опіків є актуальною для нашої країни, особливо у військовий час. Військові операції можуть призвести до значного числа важких опіків серед військовослужбовців та цивільного населення. Вони можуть виникати внаслідок вибухів, вогнепальних поранень, контакту з гарячими поверхнями та інших факторів. Опіки можуть мати серйозні наслідки для здоров'я, зокрема вони можуть призвести до кровотечі, інфекції та інших ускладнень. Розуміння механізмів регенерації шкіри після опіків, виявлення ролі стовбурових клітин та молекулярних механізмів регуляції процесу може допомогти розробити нові методи лікування та дозволить попередити ускладнення.

Мета: Вивчення механізмів регенерації епітеліальних клітин шкіри після опіків та встановлення ролі стовбурових клітин та молекулярних механізмів у регуляції цього процесу.

Матеріали і методи: Аналіз наукових публікацій, інтернет-джерела, теоретичний аналіз.

Результати: Було встановлено, що регенерація епітеліальних клітин шкіри після опіків залежить від наявності стовбурових клітин, які забезпечують постійне оновлення епітелію. Стовбурові клітини здатні диференціюватися у різні типи клітин, включаючи епітеліальні клітини, які необхідні для відновлення пошкодженої шкіри. Дослідження також показали, що молекулярні механізми регуляції процесу регенерації шкіри після опіків є досить складними та включають багато різних сигнальних шляхів. Були виявлені молекулярні механізми, які регулюють процес регенерації, зокрема білки, які стимулюють поділ клітин та забезпечують міграцію клітин до пошкодженої ділянки. Дослідження показують, що фактори росту, такі як епідермальний фактор росту (EGF) та фактор росту фібробластів (FGF), а також цитокіни можуть стимулювати проліферацію та диференціацію стовбурових клітин, що підвищує швидкість регенерації епітелію. Матриксні білки, такі як колаген і фібронектин, забезпечують клітинам опору та підтримку під час регенерації. Деякі гормони, такі як глюкокортикостероїди, можуть підвищити експресію гена фактора росту TGF- β , який сприяє зменшенню запального процесу та підтримці імунної відповіді, що також є важливим у процесі відновлення тканин.

Висновки: Регенерація епітеліальних клітин є ключовим процесом у відновленні ушкодженої шкіри після опіків. Стовбурові клітини відіграють важливу роль у процесі регенерації епітелію шкіри. Дослідження механізмів регенерації епітеліальних клітин є важливим для розробки нових методів лікування термічних травм шкіри.

Л. А. Лесько

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ

Кафедра нормальної фізіології

Л. П. Дем'яненко (старший викладач кафедри нормальної фізіології)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Під час аналізу результатів досліджень варіабельності ритму серця (ВРС) з метою оцінки ступеня впливу парасимпатичного й симпатичного відділів автономної нервової системи (АНС) на гомеостаз та функціональний стан внутрішніх органів важливо враховувати стать досліджуваних. У комплексному дослідженні ВРС, яке проводиться членами студентського наукового гуртка кафедри нормальної фізіології аналізується 5 показників ВРС у 14 різних умовах, тобто, необхідно оцінити 70 груп даних. Для комплексної більш точної оцінки отриманих результатів важливо враховувати фактор статі обстежених. У доступній літературі ми не виявили даних про аналіз ВРС під таким кутом зору.

Мета. Метою нашого дослідження було вивчити статеві відмінності ВРС у здорових студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Матеріали та методи. Нами проведено обстеження 14 чоловіків та 14 дівчат віком 18-20 років, студентів другого курсу ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Реєстрацію ЕКГ проводили в спокої в положенні сидячи. Для аналізу відбиралися часові показники R-R інтервалів протягом 260 серцевих скорочень. Дослідження проведено з використанням програмного й апаратного забезпечення VNS-Analyse фірми Commit GmbH. Для кожного обстежуваного було отримано оригінальні для програми показники: HF (частоту серцевих скорочень), SDNN (стандартне відхилення нормалізованих інтервалів R-R – оцінюється взаємодія між симпатичною і парасимпатичною нервовою системами), RMSSD (квадратний корінь середнього квадратів різниць наступних інтервалів – оцінюється тонус парасимпатичної нервової системи), SI (стресовий індекс – оцінюється тонус симпатичної нервової системи), DFA alpha1 (аналіз коливань без тренду для коротких записів – оцінюється індекс ризику).

Результати. Встановлено, що перебували в межах норми усі показники лише в 1 чоловіка і 2 дівчат. HF нижче норми була у 8 чоловіків і 5 дівчат. SDNN та RMSSD були вище норми тільки в одного чоловіка. SI був нижчим рівня норми у 11 чоловіків і 9 дівчат. DFA alpha1 був вище рівня норми у 2 чоловіків і 2 дівчат.

Висновки. Таким чином, порівняльний аналіз ВРС у обстежених здорових студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова виявив статевий диморфізм. Усі показники, за виключенням DFA alpha1 (індекс ризику), більш стабільними були у дівчат. При продовженні дослідження необхідно враховувати стать обстежуваних.

Ю.Ю. Ломака

МЕХАНІЗМИ ХРОПІННЯ, РИЗИКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ

Кафедра нормальної фізіології

Н.М. Бандурка (доц. к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Хропіння, яке визначається як чутна вібрація верхніх дихальних шляхів під час дихання уві сні, вражає до 50% населення. Також хропіння є найбільш частим симптомом обструктивного апное під час сну. Хоча це дуже поширене явище серед населення, наші знання обмежені через труднощі, пов'язані з полісомнографією в популяційних дослідженнях, і обмежену надійність діагностики на основі самооцінки або скринінгових анкет.

Мета: Проаналізувати дані сучасних наукових досліджень стосовно механізмів та чинників, що спричиняють хропіння та новітніх методів діагностики і лікування.

Матеріали і методи: Контент-аналіз інформації, представленої у сучасній фаховій вітчизняній, іноземній літературі та інтернет-джерелах з даної теми. Використано методи аналізу, синтезу та порівняння

Результати: Результати метарегресії 2012 року вказують на переважання хропіння у чоловіків, при цьому 35 включених досліджень повідомляють про діапазон хропіння 2,6%–83% у чоловіків і 1,5%–71% у жінок. Так, перебіг обструктивного апное уві сні супроводжує тяжкі порушення стану хворих, збільшення ризику розвитку ішемічної хвороби серця, інфаркту, інсульту та раптової смерті уві сні. Нещодавні дослідження припустили, що сильне хропіння (>50% часу сну) може спричинити пошкодження ендотелію в межах каротидної біфуркації, враховуючи її близькість до гіпофарингеальних стінок, що призводить до атеросклерозу у людей, які сильно хропуть. У ході дослідження Мініна Ю.В. зі співавторами (2021р) було проведено обстеження 60 хворих із хропінням, з різним ступенем прояву хропіння. Було з'ясовано, що найбільш визначальними чинниками розвитку хропіння є анатомо-фізіологічні зміни верхніх дихальних шляхів, вага хворих та вік. Також прикладом кореляції ваги та віку з хропінням може бути дослідження метою якого було оцінити зв'язок між індексом маси тіла (ІМТ), віком і морфологією верхніх дихальних шляхів у великій популяції людей, які хропуть (П. Майєр, Ж.Л. Пепін, Г. Бетега). Цікавим є дослідження стосовно впливу алкоголю на хропіння (Крістіан Бургос-Санчес та інш., 2020р.). Дослідження показало, що хропіння посилюється у пацієнтів, які хропуть, але ті, хто не хропе, не стають хропучими під впливом алкоголю. Вважається, що алкоголь впливає на хропіння та сон кількома способами. Алкоголь сприяє центральному апное сну, пригнічуючи дихальний потяг через вплив на рецептори ГАМК. Алкоголь також викликає орофарингеальну гіпотонію, що призводить до розслаблення основи язика та колапсу глотки, характерного для апное уві сні. Алкоголь посилює наслідки апное уві сні, змінюючи поріг збудження. Це означає, що пацієнти з апное уві сні стають менш збудливими та мають меншу ймовірність одужання після обструкції дихальних шляхів.

Висновок: Отже, розуміння механізмів і чинників, які викликають хропіння, дозволить зменшити прояви та профілакувати ризики і ускладнення, що спричиняє звичайне, на перший погляд, хропіння.

П. В. Лутченко

ВОЛОДИМИР ВЕРНАДСЬКИЙ – ПЕРШИЙ ПРЕЗИДЕНТ УКРАЇНСЬКОЇ АКАДЕМІЇ НАУК

Кафедра медичної біології

А. В. Білошицька (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: на основі досліджень Вернадського базується подальша наукова робота в сферах: мінералогії, біогеохімії, радіології та філософії. Саме його наукова спадщина є підґрунтям для науковців 21 століття.

Мета: дослідити та продемонструвати актуальність наукової спадщини Володимира Вернадського.

Матеріали та методи: довідково-історична література, архівні дані, онлайн джерела та їх аналіз.

Результати: в даній роботі на основі матеріальної бази було описано і проаналізовано весь науковий шлях Вернадського, його відкриття та філософію, які змогли змінити уявлення про навколишній світ та дали поштовх до зацікавленості сучасних науковців продовжувати наукову роботу видатного академіка. Його прагнення до розвитку науки в Україні посприяло створенню УАН, яка об'єднувала у собі історичну, етнографічну, біологічну, фізико-математичну, філософську та медичну секцію. У галузі мінералогії Вернадський зумів

дослідити виникнення багатьох важливих мінералів для людства в земній корі, також визначив їх хімічний склад та умови утворення. Важливе місце в сьогоденні займає його праця над проблемами радіогеології, адже в 21 столітті це є одним із найактуальніших питань. Володимир Іванович один із перших зрозумів вплив усіх живих організмів на кожну оболонку Землі, що згодом дало поштовх до написання грандіозної праці «Біосфера». А вже через деякий час пролунало ще одне грандіозне відкриття від академіка Вернадського – ноосфера, котра стала сферою, яка контролюється людьми. Ці два відкриття були зароджені ще у далекому 1902 році, коли видатний біолог та геолог поринув у дослідження натурфілософії. Паралельно з науковою роботою академік за все своє життя провів сотні лекцій та десятки конференцій. Всі слухачі слухали його доповіді з неймовірним ентузіазмом та зацікавленістю.

Висновок: попри тернистий шлях, Володимир Іванович впевнено йшов до своєї цілі. Через тяжке політичне становище Вернадському доводилося ризикувати своїм життям аби продовжувати наукову діяльність. Він став засновником біогеохімії, його вчення про біосферу та ноосферу знають в усьому світі, саме ці дві праці стали кульмінацією світових досліджень натурфілософії та її зв'язків з біологією, геологією й хімією. Великих зусиль Вернадський доклав для створення УАН, яку згодом і очолив. Його вважали найавторитетнішим серед українських та російських науковців. Головним прагненням Вернадського - був розвиток науки в Україні, завдяки його плідній праці було відкрито перший Український Державний Університет, а згодом безліч академічних структур таких як: Державний Український Архів, Українська Національна бібліотека та інші. Варто зазначити про його діяльність у сфері радіоактивних досліджень. Разом з світовими хіміками він передбачав їхнє важливе значення для військових потреб у майбутньому.

А. С. Люткевич

ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СНОВИДІНЬ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА НЕЙРОАТОМІЯ ШВИДКОГО СНУ ЛЮДИНИ

Кафедра нормальної фізіології

А. О. Стельмашук (викладач-стажист)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сни – це чудовий експеримент у психології та нейронауці, який щонаочі проводиться із кожною сплячою людиною. Вони показують, що наш мозок, відключений від навколишнього середовища, може сам генерувати цілий світ свідомих переживань.

Мета: З'ясувати, як свідомі переживання уві сні пов'язані з основною діяльністю мозку; чому сновидець значною мірою відірваний від оточення; і чи сновидіння тісніше пов'язане з ментальними образами чи сприйняттям.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій баз PubMed, NCBI, PMC та інших.

Результати: Сновидіння – це активність мозку під час сну, яка пов'язана з поєднанням явищ навколишнього світу і фізіологічними процесами в організмі людини. Фізіологічна основа сновидінь – часткова не загальмованість кори великого мозку, при якій окремі ділянки продовжують знаходитися в збудженому стані і створюють відповідні відчуття. Вивчення сновидінь є важким завданням, оскільки свідомість сновидінь доступна лише через звіт, а не через пряме спостереження. Найчастіше звіти повідомляють про те що, людина спостерігає сновидіння у фазі швидкого сну, за допомогою методу позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) ми можемо вивчити функціональну нейроанатомію швидкого сну людини. Метааналіз результатів ПЕТ, з використанням радіофармпрепарату $H_2(15)O$ (мічена вода, у який мічений атом кисню) за допомогою якого відбувається вимірювання регіонального церебрального кровотоку, показав: підвищену регіональну активність в ядрах середнього мозку, таламусі, лімбічних структурах, медіальній префронтальній корі, потилично-скроневій зоровій корі; знижену активність в орбітофронтальній корі, задній поясній та нижній тім'яній корі.

Суб'єкти, які прокинулися під час фази швидкого сну, повідомляють про “типові” повноцінні сновидіння – яскраві, сенсомоторні, галюцинаторні переживання. Сновидець має високу свідомість, відключений від оточення, але через часткову не загальмованість кори великого мозку генеруються певні відчуття.

Висновки: Нейрофізіологія та нейроанатомія швидкого сну, і зокрема нещодавнє розуміння його регіональних моделей активності, пропонує корисну відправну точку для зв'язку феноменології сну з основною мозковою активністю. Однак початкове рівняння швидкого сну зі сновидіннями виявилось неточним. Таким чином, настав час вийти за межі стадій сну, намагаючись пов'язати свідомість сновидінь із нейронними подіями, і зосередитися на тонших особливостях активності мозку в просторі та часі. Наше глибоке відключення від зовнішнього середовища під час сновидінь створює головний невирішений парадокс, відповідь на яке може бути важливою для розуміння снів.

Я.М.Магдалюк

ХВОРОБА ФАБРІ

Кафедра патологічної анатомії

В.П.Сорокоумов (кандидат медичних наук, доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Фабрі - це рідкісне генетично детерміноване орфанне захворювання, яке проявляється неспецифічними симптомами з боку декількох систем, які перекриваються симптомами інших захворювань. У світі налічується понад 6 тис. рідкісних захворювань. В Україні - офіційно 302. У громадській спілці «Орфанні захворювання України» відмітили, що в Україні 80% пацієнтів із рідкісними захворюваннями помирають у віці до п'яти років. При цьому, виробництво препаратів для лікування рідкісних захворювань є дуже складним і дорогим.

Мета: Дослідити і з'ясувати етіологію, патогенез, методи діагностики і лікування орфанного захворювання «Хвороба Фабрі»

Матеріали та методи: Аналіз наукових робіт, даних медичної статистики, наукових журналів, медичних праць центру орфанних захворювань лікарні «ОХМАТДИТ»

Результати: Хвороба Фабрі - це X-зчеплена лізосомна хвороба накопичення, яка вперше була описана в 1898 році Й.Фабрі та В.Андерсеном незалежно один від одного. Причина – недостатність α -глюкозидази А та накопичення субстрату - нейтральних глікосфінголіпідів, головним чином – глоботріазилцерамідів. Поширеність хвороби Фабрі становить від 1 на 40000 до 1 на 117000 випадків серед чоловіків та 1 на 20000 випадків серед жінок. Виникає внаслідок генетичної мутації в гені GLA, яка призводить до дефіциту α -галактозидази, що призводить до накопичення глоботріазилцераміду в лізосомах різних клітин. В залежності від того, що це за клітини – ми бачимо різноманітність проявів. Це неврологічні (акропарестезії), цереброваскулярні (інсульти: ішемічні та геморагічні), кардіологічні (інфаркт міокарда, стенокардія, артеріальна гіпертензія, гіпертрофія лівих відділів серця, пошкодження клапанів , в тому числі і мітрального клапана). Тобто хвороба Фабрі – це мультисистемна хвороба. Фенотипічно захворювання проявляється: збільшений ніс, вуха, язик, слинні залози; диспропорціональний ріст кісток черепа(збільшення надбрівних дуг, виличної кітки); розширення грудної клітини, кіфоз, лопатоподібне збільшення кисті та стопи. При підозрі на хворобу Фабрі необхідно визначити α -Gal А ферментну активність в лейкоцитах, плазмі, сухих плямах крові ;молекулярно - гентичний аналіз; вимірювання ферментної активності α -Gal А ензиму є золотим стандартом хвороби Фабрі у чоловіків. Лікування хвороби Фабрі може бути симптоматичне, патогенетичне (використання препарату «Фабразим») або ж, комбінування обох способів .

Висновки: Отже, ми бачимо, що хвороба Фабрі – це небезпечне орфанне захворювання, яке прогресує з різносторонніми ураженнями і вимагає підвищеної уваги неврологів, кардіологів і нефрологів. При цьому діагностика та лікування її є доступними та ефективними в наш час.

М. М. Марцев

ВРОДЖЕНІ ТА НАБУТІ ВАДИ СЕРЦЯ

Кафедра анатомії людини

В.О. Коваленко (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за останні роки концепція вад серця спричинила великий резонанс у становленні сучасних методів лікування у галузі кардіології та кардіохірургії. Через свою складну природу дані нозології є досить проблемними аспектами медицини, бо зумовлюють порушення гемодинаміки та є основними причинами дистрофічних змін у системах організму.

Мета: розібрати та піддати аналізу деструктивні зміни у анатомії серця, що лежать в основі виникнення вроджених та набутих вад серця з метою майбутньої розробки лікування чи запобіжних методів по формуванню останніх.

Матеріали та методи: Ukrainian Journal of Cardiology; напрацювання Центру дитячої кардіології та кардіохірургії; публікації, конференції та форуми Інституту серця.

Результати: вроджені вади серця складають близько 1% серед усіх патологій серцево-судинної системи. Як правило, аномалії, що призводять до виникнення вад виникають внаслідок порушення процесу формоутворення та перенесення ендокардиту у пренатальний період і з'являються з 3 по 8 тиждень ембріонального розвитку. Характеризуючи тетраду Фалло, варто вказати, що дане захворювання зумовлене наявністю чотирьох ключових симптомів: вентрикулосептальний дефект, декстрапозиція аорти, стеноз ЛА та гіпертрофія ПШ. Для синдрому Ейзенменгера властива наявність атріосептального дефекту, зсуву тристулкового клапана в ПШ з гіпертрофією останнього, розширення ЛА. Аномалія Ебштейна супроводжуватиметься зсувом тристулкового клапана в порожнину ПШ з деформацією стулок першого, розширенням фіброзного кільця та гіпертрофією ПШ зі зменшенням його просвіту. Набуті вади мають місце у 26% захворювань серцево-судинної системи. Найчастішою причиною їх виникнення є перенесення ревматизму. До цієї категорії віднесено мітральний стеноз, що характеризується кальцинацією і потовщенням стулок відповідного клапана і наслідкове звуження його просвіту. У виникненні аортальної недостатності важливу роль відіграє вкорочення та підвертання стулок аортального клапана, що супроводжуватиметься регургітацією крові, гіпертрофією ЛШ та кардіомегалією. Описуючи трикуспідальну недостатність, варто відмітити розширення фіброзного кільця з потовщенням стулок цього ж клапана, регургітацію крові та набрякання шийних вен.

Висновок: проаналізувавши статистику, стає зрозуміло, що вроджені вади серця виникають з частотою 1.8 % в Україні та 0.8% в Європі. Найбільш часто серед цієї категорії захворювань трапляються дефекти міжшлуночкової перегородки (наприклад, тетрада Фалло має місце до 14% серед вроджених вад). Щодо набутих вад серця – частота виникнення у жителів помірного кліматичного поясу (в т. ч. Україна та країни Європи) сягає до 1%. Серед набутих вад переважають патології мітрального клапана (наприклад, мітральний стеноз складає 7% серед набутих нозологій серця).

Т.С.Мельник
**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОЛОГІЮ ТА ПАТОГЕНЕЗ КОРОНАВІРУСНОЇ
ХВОРОБИ**

Кафедра мікробіології
Ю.В.Кордон (к.мед.н, доц.)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Коронавірусні інфекції здатні спричинити велику кількість різноманітних захворювань серед населення. На грип і ГРВІ, включно із COVID-19, протягом епідсезону – від 3 жовтня 2022 року до 5 лютого 2023 року – в Україні захворіло 2 059 612 людей. 30 січня Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вирішила продовжити статус пандемії коронавірусу як глобальної надзвичайної ситуації.

Мета: дослідити сучасні погляди на етіологію та патогенез коронавірусної хвороби.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій, досліджень та наукової літератури на базах «Pub Med», «Google Scholar».

Результати: SARS-CoV-2, раніше відомий як 2019-nCoV, коронавірус, що належить до великої родини оболонкових РНК-вірусів. Коронавіруси здатні спричинити захворювання як людей, так і тварин. Загалом, помічено тенденцію до частішого зараження саме останніх, хоча, трапляється, що представники даної родини здатні передаватись від тварин до людей, і тоді поширюватись серед населення. Яскравими прикладами є епідемії, викликані MERS-CoV та SARS-CoV. Деякі дослідження припускають походження вірусу SARS-CoV-2 внаслідок серії рекомбінацій між коронавірусом кажана та коронавірусом невідомої генези, проміжними хазяями якого прийнято вважати норку та малайських панголінів або ж, згідно з іншими джерелами, змії. Припущення щодо штучного походження даного вірусу наразі не мають переконливих доказів. SARS-CoV-2 належить до лінії бетакоронавірусів. Оболонка містить 4 білки: глікопротеїн "шипа" S, нуклеокапсидний N, мембранний M, а також білок суперкапсиду E. Геном SARS-COV-2 містить інформацію про 16 неструктурних білків, які відіграють важливу роль у процесі реплікації та утворенні реплікаційно-транскрипційного комплексу, а також про 9 додаткових білків. Важливим аспектом патогенезу є ліганд-рецепторна взаємодія. Вона здійснюється за рахунок зв'язування білка "шипа" S та ангіотензиперетворювального ферменту 2 (АПФ2) на мембрані клітин-"мішеней", що їх використовує вірус в якості рецепторів. Внаслідок цього запускається формування локальної запальної реакції. Інший механізм розвитку інфекційного процесу полягає у використанні вірусом білка нейропіліну-1, який в значній кількості виробляється клітинами слизової носа. За такого сценарію, нейропілін-1 забезпечує розповсюдження збудника до ЦНС. Дослідження доводять ефективність використання блокади вищезазначеного білка-рецептора у боротьбі з поширенням SARS-COV-2 до клітини. Характерною рисою для перебігу COVID-19 є виникнення так званого "цитокінового шторму", що спричиняється в результаті ураження клітин бронхіального дерева та альвеол легень, подальшого виникнення локальної запальної реакції та, як наслідок, підвищеної продукції прозапальних цитокінів. Останні також лежать в основі виникнення гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС) та синдрому поліорганної недостатності (СПОН), які часто завершуються летально. Для COVID-19 стали найбільш характерними ураження видільної, нервової, а також серцево-судинної системи із розвитком міокардитів і тромбоемболій.

Висновки: Коронавірусна хвороба має досить складні етіологію та патогенез. Гостро постає питання про необхідність проведення подальших досліджень у цій сфері, які могли б належним чином дати відповіді на ще не розв'язані питання та доповнити картину загалом. Безперечно, людство повинно володіти даною інформацією, щоб бути готовими до нових викликів і можливих хвиль пандемії.

В.В. Михайленко, А.В. Сидоренко
**ВПЛИВ ДОВГОДТРИВАЛОЇ ДІЇ ТРИПТОРЕЛІНУ ЕМБОНАТУ НА
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (ЕКСПЕРИМЕНТ)**

Кафедра гістології, цитології та ембріології
Н.В. Борута (к.б.н., доц.), В.І. Шепітько (д.мед.н., проф.)
Полтавський державний медичний університет
м. Полтава, Україна

Актуальність. В сучасній біологічній і медичній науці актуальним є детальне вивчення кровопостачання підшлункової залози при різних патологічних станах. Морфологічно змінена мікросудинна сітка підшлункової залози призводять до дисфункціонального кровопостачання, розвитку в ньому дистрофічних і дегенеративних процесів. Це вплине на порушення гомеостазу всього організму. В результаті літературного пошуку по даній темі були знайдені матеріали недостатньо інформативні. Ось чому перед нами виникло питання актуальності дії препарату триптореліну ембонату на судини гемомікроциркуляторного русла підшлункової залози шляхом моделювання хімічної кастрації в експерименті.

Матеріали і методи. Робота виконана на 20 білих щурах-самцях, розподілених на 2 групи: першу групу склали 10 тварин контрольної групи, в друга група складалася з 10 щурів, які піддалися процедурі введення триптореліну ембонату підшкірно в дозі 0,3 мг/кг діючої речовини. Одній тварині вводили одну визначену дозу препарату. Дослідження гістологічних структур з подальшим мікрофотографуванням було проведено з використанням мікроскопу Biorex-3 BM-500T. Підчас мікроскопії застосовувалася сучасна цифрова DCM 900 мікрофотонасадка для якісної передачі зображення.

Результати. Досліджуючи мікросудинну сітку екзокринної частини підшлункової залози тварин виявлено певні зміни. Реакція гемомікроциркуляторного русла на введення препарату триптореліну ембонату проявилася видимим розширенням артеріол протягом всього експерименту, який тривав один місяць, на 4,12% в порівнянні з контрольною групою щурів. В свою чергу, ланка емнісних судин мікросудинної сітки екзокринної частини підшлункової залози також реагувала дилатацією, їхній просвіт збільшився на 2,46% порівнюючи з контрольною групою тварин. Середні діаметри обмінної ланки гемомікроциркуляторного русла збільшилися на 1,93%, якщо порівнювати з контрольною групою щурів. Жоден з показників середніх діаметрів мікросудин не відновився до кінця експерименту.

Висновки. Відмічається підвищена чутливість судин гемомікроциркуляторного русла підшлункової залози до дії триптореліну ембонату. Яка проявляється в дилатації артеріол, збільшенні середніх діаметрів капілярів та емнісних судин.

В.В. Молоток
**ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ОЗНАК ПРИХОВАНОВОГО
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З ВОЄННИМ
СТАНОМ І ЙОГО ВПЛИВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ НАВЧАННЯ**

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології ім. Д.О. Альперна
О.О. Павлова (д.мед.н., професор)
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність. Під час війни на людину діє безліч негативних факторів, таких як: зміна помешкання, втрата будинку, розлука з рідними, смерть близької людини, гучні звуки, страх за власне життя і т.д., тому життя людини стає хаотичним. У зв'язку з цим можливий розвиток хронічного стресу, а потім і такого різновиду неврозу, який супроводжується порушенням механізмів адаптації до стресу в системі гіпоталамус-гіпофіз-кора наднирники

(норадренергічного, серотонін-ергічного, глутамат-ергічного), як посттравматичний стресовий розлад. Його ознаки можуть виникнути відтерміновано й через 6 і більше місяців після психотравми, проте негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я людини, зокрема і на когнітивні функції, здійснюється приховано і починається зі зменшення інтелектуальних здібностей, погіршення процесів навчання та ін.

Мета. Визначити та проаналізувати поширеність ознак прихованого посттравматичного стресового розладу серед студентів, пов'язаного з воєнним станом. Дослідити зміни когнітивних функцій здобувачів освіти та їх вплив на ефективність навчання.

Методи. В ході роботи ми проводили анонімне опитування студентів за допомогою електронних анкет, створених на базі сервісу Google Forms. Всі чисельні результати анкетування проаналізовано з використанням пакету завдань у комп'ютерній програмі Microsoft Excel.

Результати. У процесі проведеного дослідження було опитано **110** людей, віком від **17** до **25** років, які тією чи іншою мірою стикнулися з факторами війни. На основі отриманих відповідей було виявлено, що переважаюча більшість, а саме **89%** респондентів скаржилися на емоційне вигорання, серед них: **77%** повідомили про зниження інтересу та відчуття задоволення від виконаних справ; **51%** зазначили, що мають поганий настрій, відчують пригнічення та безнадію майже щодня; **47%** скаржилися на почастищення роздратування, вибухи агресії, або агресивні дії. Окрім цього **63%** опитаних повідомили про проблеми зі сном (**33%** відчували «розбитість», втрату сил; **19%** мали проблеми з засинанням; **11%** постійно прокидаються декілька разів за ніч), **33%** відзначили поганий апетит, а **21%**, навпаки, переїдання. Щодо когнітивних функцій та освітнього процесу, то **62%** студентів зауважили, що мають проблеми з концентрацією уваги; **37%** труднощі з запам'ятовуванням нового матеріалу; **45%** стверджували, що в порівнянні з довоєнним періодом, їм потрібно більше часу на виконання завдань, тобто в них зменшилась швидкість мислення.

Висновки. Отже, на основі вищезазначеного, можемо стверджувати, що наразі серед молоді України зберігається високий рівень поширеності ознак прихованого посттравматичного стресового розладу. Складні реалії воєнного часу негативно відобразились на увазі, розумової працездатності, ефективності запам'ятовування здобувачами освіти і відповідно на ефективності навчання.

Н.І. Мороз

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГРУП КРОВІ І ЗАХВОРЮВАНOSTІ У ЛЮДИНИ

Кафедра медичної біології

Т.І. Шевчук (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: дослідження, проведені науковцями і практичними лікарями, стверджують, що існує зв'язок між групами крові та можливим розвитком деяких хвороб у людини. Так, вчені вказують, що носії I(0) групи крові схильні до виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки, спричиненої *Helicobacter pylori*. У людей з групою II(A) частіше зустрічаються хвороби серцево-судинної та ендокринної систем, інфекційні захворювання, рак шлунку. Особи з III(B) групою частіше хворіють на урогенітальні інфекції, радикуліт, хвороби суглобів. Носії IV(AB) групи крові найбільш вразливі до гнійних уражень, вірусних гепатитів, мікозів, злоякісних новоутворень верхньої щелепи, слинних залоз. Знаючи цю інформацію, лікарі повинні профілакувати розвиток тих чи інших захворювань.

Мета: вивчити генетику груп крові за системою АВ0 та резус фактором, визначити структуру захворюваності студентів медиків та дослідити взаємозв'язок груп крові людини і схильність до певних хвороб.

Матеріал та методи: аналіз наукових досліджень вітчизняних та закордонних вчених щодо даної проблеми, усна бесіда та анкетування, соціометричний метод співставлення даних наукової бази та результатів, отриманих внаслідок аналізу анкетних даних. Дослідження проведено на базі Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Респондентами виступили студенти першого курсу медичного факультету.

Результати: у дослідженні взяли участь 67 респондентів віком 16-18 років, серед яких частка осіб жіночої статі склала 65,7 %, а чоловічої – 34,3 %. За даними опитування більше половини студентів (52,2 %) мають одне або кілька хронічних захворювань, решта (47,8 %) – вказали на відсутність будь-яких хвороб. Розподіл студентів за групами крові системи АВ0 був такий: частка осіб з I(0) групою становила 26,8 %, з II(A) групою – 43,2 %, з III(B) групою – 19,5 % і з IV(AB) групою – 10,5 %. Серед студентів частка носіїв антигену резус-фактора (Rh+) склала 80,6 %, решта 19,4 %, відповідно, даного антигену не мали (rh-).

Результати нашого дослідження показали, що серед всіх випадків наявності хронічних захворювань найбільше (44,5 %) спостерігалось у осіб з I(0) групою крові, 31,1 % випадків захворювань виявлено у студентів з II(A) групою крові, 20,0 % випадків – у респондентів з III(B) групою і у носіїв IV(AB) групи крові випадки захворювань зустрічались у 4,45 %. Також виявлено, що у чотирьох студентів відмічається одночасно поєднання двох патологій, і у двох осіб наявні три патології.

Висновки: наше дослідження встановило, що, на жаль, половина опитаних студентів мають ті чи інші хронічні захворювання. Найбільше респондентів, що мають хвороби, спостерігалось у носіїв I(0) та II(A) груп крові.

І. Мороз, О. Чалідзе, Т. Руминська

ТАРГАНИ ЯК ПЕРЕНОСНИКИ ЗБУДНИКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЮДИНИ

Кафедра мікробіології

Т.М. Руминська (старший викладач кафедри мікробіології)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. Таргани є одними з найпоширеніших шкідників у міському середовищі. Їх присутність може викликати багато проблем, пов'язаних з погіршенням умов проживання людини. Вони наполегливі та неприємні шкідники будинків, ресторанів, лікарень, складів, гуртожитків та інших споруд з харчовими приміщеннями. Ці комахи забруднюють їжу та посуд. Таргани мешкають в кухнях, ванних кімнатах, туалетах і шафах, які використовуються для зберігання їжі. Оскільки таргани споживають широкий асортимент їжі, включаючи гниле сміття, вважається, що вони здатні поширювати серед людей низку захворювань, у тому числі бактеріальні, вірусні та грибкові інфекції.

Мета: Виділити та ідентифікувати мікроорганізми з тарганів як потенційних переносників інфекційних хворіб.

Матеріали та методи: Об'єкт - таргани (22 комахи) роду *Blatta germanica*, які збирали в помешканнях гуртожитку з робочих поверхонь, підлоги кухні, ванни та кімнати. Використовували класичний бактеріологічний метод. Таргани збирали у стерильні контейнери, комах охолоджували при температурі 0⁰ С протягом 6 хв, для знешкодження, додавали 2 мл стерильного фізіологічного розчину, ретельно струшували. Інокулянт 100 мкл засівали на поживні середовища для культивування мікроорганізмів: для виділення ентеробактерій - на середовище Ендо, стафілококів, стрептококів - ЖСА, КА; грибів - Сабуро, інкубували при 37⁰ С протягом 24-48 год. Ідентифікували виділені культури за біохімічними властивостями за допомогою тест-систем: ЕНТЕРО24, 32 СТАРН, НЕФЕРМтест 24.

Результати. Під час проведення бактеріологічного дослідження було виділено та ідентифіковано наступні мікроорганізми: *Escherichia. Coli* - 86,36 % (висівалися практично у кожного таргана); *Staphylococcus aureus*–83,33%; *Klebsiella oxytoca* – 64,3%; *Klebsiella*

pneumoniae – 54,5%; *Raoultella ornithinolytica* –36,3% (може спричиняти алергічні прояви у людей, інфекції сечовидільних шляхів); *Hafnia alvei* – 27,3 % (за даними літератури, ентеробактерії, які є стійкими до антибіотиків); *Hafnia alveibiovar 1* – 70%; *Bacillus spp.* –86,36 %; *Enterobacter. Cloaca* – 31,8%; *Candida spp.* – 45,5 %, не ідентифікованих видів - 27,3%. При чому кишкова паличка, клебсієли та стафілококи висівалися у кількостях, які перевищували $1 \cdot 10^5$ КУО/мл. Серед виділених бактерій виявлено спороутворюючі види.

Висновок. Результати дослідження спектру виділених мікроорганізмів, серед яких є умовно-патогенні види, свідчать про існування ризику перенесення тарганами кишкових інфекцій, а також - спричинення алергічних станів у мешканців приміщень, де знаходяться таргани, хітин яких має виражені сенсibiliзуючі властивості. Крім того, необхідно враховувати, що дані комахи були зібрані у медичному гуртожитку, тому можуть переносити і резистентні до антибіотиків та дезінфікуючих засобів мікроорганізми.

А.В. Надольна, Є.В. Гончаренко
ВІТАМІН - D - ДЕФІЦИТНИЙ РАХІТ

Кафедра патологічної анатомії

Н.В. Бенедіктова (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рахіт - захворювання, характерне для дітей грудного віку, що є не тільки педіатричною, а й медико-соціальною проблемою. 80% населення в світі страждають на дефіцит вітаміну D. 81,8% дорослого населення України мають гостру нестачу вітаміну D в організмі, 13,6% — недостатню кількість. 73% вагітних і лактуючих жінок на фоні прийому мільтивітамінних комплексів мають D-вітамінний дефіцит. За статистичними даними ВООЗ, на рахіт хворіє від 10 до 30% дітей.

Мета: Проаналізувати етіологію і патоморфологію вітамін D-дефіцитного рахіту

Матеріали та методи: Аналіз статистичних даних, наукової літератури, статей та інтернет ресурсів.

Результати: Існує три форми рахіту: вітамін D-дефіцитний рахіт, вітамін D-залежний рахіт, вітамін D-резистентний рахіт. Найпоширенішою формою – вітамін D-дефіцитний.

Вітамін D-дефіцитний рахіт (ВДДР) пов'язаний з недоліком надходження вітаміну D з їжею або порушення його утворення з 7-дегідрохолестерину в шкірі під впливом УФО. Рахіт може бути викликано багатьма причинами ендогенного та екзогенного характеру. Причини виникнення рахіту: недостатнє надходження вітаміну D з їжею; порушення всмоктування вітаміну D, кальцію, фосфору; порушення метаболізму вітаміну D; недоношеність дитини; недостатнє перебування на свіжому повітрі. Найбільш сильно уражаються ті кістки, зростання яких найінтенсивніше в період росту дитини. Однією з ранніх ознак порушень кісткової системи є розм'якшення задніх частин тім'яних кісток і луски потиличної кістки. У хворих на рахіт відзначається пізнє закриття тім'ячків і швів. Зуби прорізуються з великим запізненням. У другому півріччі життя виникають рахітичні зміни: хребта, грудної клітки деформації її на кшталт «груди шевця», «курячі груди», на ній визначається «гаррісонова борозна»; кісток таза; нижніх кінцівок («X-подібні або іншим симптомом ураження кісток є симптом остеоїдної гіперплазії, що проявляється «реберними чотками», «браслетами», «нитками перлів», при цьому відбувається демінералізація кісток в умовах гіпокальціємії, гіпоксії, гіпоцитратемії, метаболічного ацидозу. В умовах дефіциту метаболітів вітаміну D та аміноацидурії – йде надлишок розростання колагену в кістки, накопичення остеоїду з порушеною структурою та відсутністю кальцію. Рахіт особливо часто зустрічається у недоношених дітей, чому значною мірою сприяє гіпоксично - ішемічні ушкодження головного мозку.

Висновки: Отже, можна зробити висновок, що нестача вітаміна D відіграє важливу роль в розвитку хвороби рахіту. Профілактика це регулярні прогулянки в теплу, сонячну погоду.

Рекомендують також масаж, лікувальну гімнастику, зарядку і вводити в раціон більше продуктів, які містять вітамін Д. Що стосується лікування, дітям призначають вітамін Д: мінімум 1000 МО на добу для немовлят, 1500-2000 МО - малюкам від року до трьох років.

І. О. Неділько, С. А. Зароднюк
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗАХВОРЮВАННЯ КАШЛЮКОМ

Кафедра патологічної анатомії

Н. В. Бенедіктова (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кашлюк – гостре інфекційне захворювання дітей, яке характеризується ураженням дихальних шляхів з розвитком типових приступів спастичного кашлю; захворювання іноді зустрічається у дорослих.

Вкрай заразне захворювання дихальних шляхів, спричинене бактерією, воно щороку спричиняє 50 млн випадків захворювання та 300 тис. яких є летальними. Смертність від коклюшу в розвинених країнах сягає 4%. В Україні захворюваність на кашлюк залишається на досить високому рівні, незважаючи на те, що кількість щеплень щороку охоплює 90-95 % дітей. Щороку близько 3-4 тис. дітей до 1 року страждають на кашлюк із важкими ускладненнями в країні.

Мета: оцінити особливості перенесення захворювання у дітей; типові та атипів картини перебігу.

Матеріали та методи: в роботі проведено аналіз матеріалів з наукових статей, інтернету, також було проаналізовано наукову літературу.

Результат: Найбільш небезпечніша ця інфекція для дітей першого року життя. Зареєстровано, що 70 % захворювання протікає із середньою тяжкістю, 27% дітей виявляють тяжку форму. Також однією з сучасних проблем кашлюка є велика частка захворюваності осіб, які раніше отримували щеплення. У цих хворих захворювання перебігає легше із збереженням типових клінічних проявів. Тенденція захворюваності зростає серед дітей старшого віку, підлітків та дорослих, і це збільшує ризик зараження сприйнятливих дітей перших років життя, які не щеплені або ж не закінчили курс щеплень.

Висновок: Заради покращення ситуації з кашлюком використовують його ранню діагностику, проведення профілактичних заходів (активна імунізація та хіміопротекція), також вдосконалення інтенсивної та антибактеріальної терапії.

А.Ю.Нижник

**ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У НОРМІ. АНОМАЛІЇ
КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ**

Кафедра нормальної анатомії

О.І.Башинська (доц., канд. мед. наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: у наш час серцево-судинні захворювання поступово призводять до смерті (майже 40% усіх випадків смерті серед населення розвинутих країн Європи). Лідером серед ССЗ є ІХС. При звуженні просвіту будь-якої КА > 75% або зменшенні просвіту стовбура ЛКА > 50% показана операція АКШ, яка потребує досконалих знань хірурга різних випадків розташування КА.

Мета: дослідити типи кровопостачання серця; з'ясувати взаємозв'язок розташування коронарних артерій та можливих патологій, особливостей діагностики й подальшого відновлення серцево-судинної системи.

Методи дослідження: аналіз КГ, зроблених на базі Житомирської обласної лікарні та Вінницької першої міської лікарні; опрацювання науково-практичних медичних наукових робіт, опублікованих на Pub Med, Web of Science, Google Scholar; вивчення статистичних даних; опитування практикуючих кардіохірургів.

Результати: можна виділити три основні групи розташування КА:

1.Із більшим числом артерій , які відходять від синусів аорти (від правої ВА: адвентиційна артерія, яка самостійно відходить від 1-го синуса аорти (< 1%); самостійне відходження артерії синусного вузла або гілки гострого краю (< 1%); самостійне відходження конусної артерії (додатковим стовбуром) від 1-го лицевого синуса аорти (4 %); класичне розташування КА характерне для 93% усіх випадків). Від лівої ВА: (поділ по дихотомічному типу – 72%; по трихотомічному типу – 17%; самостійне відходження ОГ від 2-го лицевого синуса < 1%; самостійне відходження ПМШГ від 2-го синуса – 3%; ліва ВА не має стовбура у 8% випадків).

2.Із зменшенням числа гілок лівої КА (зменшення правої не зустрічається):відходження ОГ від правої КА або 1-го лицевого синуса аорти – 1%; відходження ПМШГ від правої ВА або від першого лицевого синуса – 0,04%.

3.«Ниряючі» ВА: зустрічається у 0,5-16% випадків. М'язові мостики розташовуються переважно в передній низхідній артерії. Так як 80% перфузії міокарда здійснюється переважно в діастолу, то стеноз під час систоли, за відсутності супутніх патологій, не призводить до виражених порушень у коронарній перфузії.М'язові мостики, які розташовуються над «нир'яючими»ВА,у ряді випадків можуть мати несприятливий вплив на інтиму,стимулюючи атеросклеротичне ураження судин до і після «нир'яючого» сегмента, що призводить до ішемії міокарду.

Висновки: при наявності декількох усть в 2-му лицевому синусі аорти відсутнє контрастування артерій системи лівої ВА при проведенні КГ; при відходженні ОГ від правої ВА або 1-го лицевого синуса аорти є загроза здавлення ОГ фіксаційним кільцем при протезуванні клапанів. Знання можливого інтрамурального розташування ВА попереджає накладення дистального шва у ділянці виходу ВА на поверхню міокарда.

Т.М. Ожоганич

СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ - ОСНОВА РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО

Кафедра медичної біології

Р.П. Піскун (д.б.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Станом на сьогодні стовбурові клітини(СК) вважаються як один з незамінних інструментів у регенеративній медицині, їм властиво виконувати роль терапевтичних агентів, а також бути джерелами певних продуктів своєї життєдіяльності, що можуть застосовуватись у медицині. В залежності від віку кількість та якість СК людини значно нижчає. Як наслідок усі системи організму гірше справляються з хворобами, повільніше відновлюються та швидше старіють. Вчені вірять, що завдяки подальшим дослідженням вони зможуть не тільки розвинути спеціалізовану медицину, яка буде індивідуальною для різних типів організмів, але й краще розуміти як наше тіло функціонує, коли воно здорове чи ні.

Мета: Дослідити перспективність використання стовбурових клітин в медицині, а також їхню роль у функціонуванні та регенерації організму.

Матеріали та методи: Доповідь складалася при пошуку, вивченні та аналізі літературних джерел за темою роботи.

Результати: Стовбурові клітини – це неспеціалізовані, найменш диференційовані та найменш комітовані клітини, що дають початок новим диференційованим клітинам при формуванні тканин і в процесі їхнього відновлення, а також здатні до самопідтримання. Впродовж життя

людини клітини диференціюються і регенерують ті, які були пошкоджені - такий механізм забезпечує життя організму. Основними джерелами СК є периферійна кров, кістковий мозок та кордова кров. Та час не стоїть на місці, як і постійні відкриття в галузі науки. Таким чином, дослідники з японського університету, які вели пошук нових джерел СК для використання їх в регенеративній медицині, виявили нове, завжди доступне і бюджетне джерело СК - менструальну кров. Відомі всім стромальні або мезенхімальні клітини, які традиційно містяться у сполучній тканині, були виявлені в слизовій оболонці матки. Вчені з'ясували, що в менструальній крові присутні клітини, які здатні до регенерації ефективніше, ніж СК попередньо взяті з кісткового мозку. Лабораторні дослідження показали, що клітини мають потенцію диференціюватися в такі види як: ліпогенні, остеогенні, ектодермальні, мезодермальні тощо. Нововинайдені клітини не можуть брати участь в утворенні усіх тканин та органів, на відміну від класичних СК. Однак їм властиво диференціюватися у ряд м'язових та скелетних клітин. Мезенхімальні стовбурові клітини, що були отримані з менструальної крові, мають великий потенціал у лікуванні таких захворювань як інфаркти, м'язова дистрофія, тощо.

Висновки: СК залишаються перспективними для подальшого розвитку медицини та являють собою невід'ємну частину у цілісному функціонуванні організму.

Н.Ю. Омел'янчик

ПОСТІНФЕКЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ КИШЕЧНИКА В НОРМІ ТА ЇХ ЗМІНА ПРИ ДИСБІОЗІ ТОВСТОЇ КИШКИ

Кафедра мікробіології

В.М. Мруг (Доцент, кандидат медичних наук.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дисбіоз товстої кишки характеризується суттєвим порушенням балансу між облігатною, факультативною і транзитною флорою біотопу. Суттєво зменшується кількість облігатних анаеробних мікроорганізмів із вираженою цукролітичною активністю та зростанням чисельності популяцій умовно-патогенних мікробів з одночасним посиленням їх агресивного потенціалу. Внаслідок цього у людини розвиваються метаболічні, морфокінетичні та функціональні розлади.

Мета: провести аналіз та узагальнення механізмів розвитку дисбіозу, проаналізувати захисний ефект лімфоїдної тканини у захисті кишечника при нормі та дисбіозі товстої кишки, дослідити нормофлору.

Методи та матеріали: Проведено аналіз сучасних наукових публікацій баз даних PubMed, Google Scholar, Web of Science, Scopus та інших статей за 2000-2022 рр. за ключовими словами «dysbiosis», «bacteria», «therapy of dysbiosis», «appendix», «lymphoid tissue»

Результати: Причини дисбіозу дуже різноманітні: імунодефіцити, довгий прийом антибіотиків, нестача або відсутність деяких травних ферментів, бродіння і гниття їжі в шкт, порушення моторики кишечника, при зміні рН кишечника, через паразитів, які знищують корисну мікрофлору. Функції мікробіоти кишечника: трофічна, синтез вітамінів групи В, стимуляція системи локального імунітету, мікробостатична, підтримка редокс-потенціалу і рН епітелію. Лімфоїдна тканина формує імунну відповідь на чужорідні антигени, синтезує секреторний IgA. Розглянемо корисну дію нормофлори на таких представниках як біфідобактерії та ешерихії. Біфідобактерії є природними біосорбентами і здатні накопичувати значну кількість з'єднань важких металів, фенолів, формальдегідів. Ешерихії здатні синтезувати антибактеріальні речовини (коліцини і мікроцини), коротколанцюгові жирні кислоти. Зниження вмісту нормофлори призводить до зниження імунологічних сил організму, порушуються процеси травлення, всмоктування і всіх видів обміну: знижується засвоєння заліза, кальцію, страждає вітаміносинтезуюча функція кишкової мікрофлори. На цьому фоні

виникають умови для реалізації дії умовно-патогенної мікрофлори. Втрачається здатність інактивувати токсичні продукти кишкового вмісту. Порушується поглинальна функція кишки, що призводить до серйозних змін діяльності всього організму.

Висновки: Нормальна мікрофлора шлунково-кишкового тракту відіграє важливу роль в життєдіяльності організму, беручи участь у формуванні імунної реактивності організму, в обміні речовин, синтезі вітамінів, деяких амінокислот і цілого ряду біохімічних сполук. Щоб зменшити ризик розвитку дисбіозу необхідно приймати антибіотики тільки по суворих правилах, своєчасно лікувати захворювання, які можуть бути причиною його виникнення. Могутнім антимікробним захистом наділена лімфоїдна тканина, асоційована з кишечником. Для попередження дисбіозу необхідно підтримувати макро-мікроелементний баланс, що сприяє збереженню фізіологічної рівноваги мікробіоценозу кишечника.

Р.С. Опалько

МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ АЛЬБУМІНУРІЇ ЯК МАРКЕРУ ФОРМУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ

Кафедра патологічної фізіології

І.В. Романенко (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сьогоднішня пандемія цукрового діабету (ЦД) є суттєвою причиною захворюваності та смертності пацієнтів, а також важливим питанням для системи охорони здоров'я в усьому світі. ЦД давно визнано серйозною проблемою для здоров'я через його поліорганистичність. За даними досліджень, приблизно у 40% людей із даною патологією розвивається хронічна хвороба нирок (ХХН). Крім того, більше 80% термінальних стадій ХХН обумовлені діабетичним ураженням. Альбумінурія є загально визнаним біомаркером та фактором ризику прогресуючої ниркової недостатності при ЦД. Саме на наявності альбумінурії базується клінічний скринінг та діагностика діабетичної нефропатії.

Мета: дослідити основні патогенетичні аспекти розвитку альбумінурії як маркера формування діабетичної нефропатії.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines за 2017-2022 роки.

Результати: Гіперглікемія, яка спостерігається при ЦД, призводить до аномальної передачі сигналів клітинами, що спричиняє пошкодження нирок, очей, серця та інших органів. Альбумін забезпечує транспортування жирних кислот, металів, білірубину, глюкокортикоїдів з плазми крові до клітин-мішеней. У нормі концентрація альбуміну в сечі становить менше 20 мг/л, так як клубочок нефрону обмежує його транспортування з крові.

Обумовлена хронічною гіперглікемією, діабетична нефропатія призводить до порушення цілісності клубочкового фільтру, що сприяє підвищенню рівня альбуміну у фільтраті сечі. Індукована гіперглікемією гемодинамічна дисрегуляція сприяє збільшенню продукції ендогенних вазодилітаторів, таких як NO₂, інсуліноподібний фактор росту і фактор росту ендотелію судин. Ці метаболічні зміни викликають мезангіальне розширення в клубочку, утворення вузликів Кіммельстіля-Вільсона та потовщення базальної мембрани (БМ). Пошкодження БМ клубочка збільшує екскрецію альбуміну за рахунок збільшення діаметру пор і порушення електричного гомеостазу БМ. Важливе патогенетичне значення в діабетичному ураженні ниркових клубочків та каналців належить трансформуючому фактору росту - бета (TGFβ). TGFβ викликає розширення мезангіальних клітин клубочку, потовщення БМ і втрату цілісності фільтраційного бар'єру. Встановлена генетична схильність у розвитку альбумінурії. Зокрема, значне збільшення екскреції альбуміну виявлено у мишей з нокаутом гена мегаліну при ЦД, порівняно з мишами з діабетом дикого типу, і свідчить про те, що нижча

експресія мегаліну знижує здатність епітеліальних клітин ниркових каналців секвеструвати альбумін у нирковому фільтраті.

Висновки: Встановлено, що альбумінурія є цінним діагностичним маркером діабетичної нефропатії, що вказує на пошкодження бар'єру клубочкової фільтрації. Альбумінурія як важливий маркер діабетичної нефропатії дозволяє своєчасно діагностувати ураження нирок при ЦД та сприяти оптимізації методів лікування діабетичних ускладнень.

В.Г. Петришин
**ЕФЕКТ «ЗАСНОВНИКА» МУТАЦІЙ *BRCA1* І *BRCA2* В ЄВРОПЕЙСЬКИХ
ПОПУЛЯЦІЯХ**

Кафедра медичної біології
В.М. Шкарупа (д.біол. наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Жінки зі спадковими мутаціями *BRCA1* мають прижиттєвий ризик розвитку раку молочної залози 65–80% та раку яєчників 37–62%, у носіїв мутацій *BRCA2* цей ризик становить 45–85% для раку молочної залози та 11–23% для раку яєчників. Тому виявлення мутацій *BRCA1/2* є ефективним методом профілактики та раннього виявлення раку. Проте, різні етнічні та географічні регіони мають різну частоту і спектр цих мутацій, що може бути обумовлено тому числі і ефектом «засновника».

Мета: узагальнити наукові дані про різноманітність мутацій-засновників *BRCA1/2* у європейських популяціях.

Матеріали: Аналіз публікацій в наукових базах даних.

Результат: Ефект «засновника» може виникнути внаслідок створення нової популяції (субпопуляції) особинами з більшої популяції або внаслідок «вузьких місць». Певні алелі можуть зустрічатися з набагато більшою частотою через генетичний дрейф відразу після події-засновника. Ефект «засновника» *BRCA1/2* у євреїв-ашкеназі дуже добре описаний. Близько 10 мільйонів ашкеназів, які мешкають у всьому світі, є нащадками предків зі Східної та Центральної Європи, таких як Польща, Литва, Білорусь, Німеччина, Угорщина, Україна та Росія. Найкраще охарактеризовані три мутації-засновники: дві в гені *BRCA1* 185delAG і 5382insC і одна в *BRCA2*: 6174delT. Тільки скринінг цих трьох мутацій-засновників (які складають 98-99% ідентифікованих на сьогодні мутацій) тепер є частиною звичайної клінічної практики для євреїв-ашкеназі. Мутація 5382insC дуже поширена в Центральній і Східній Європі. З різною частотою вона виявляється в сім'ях з високим ризиком раку грудної залози та/або яєчників з Польщі (34%), Росії (14%), Угорщини (14%), Словенії (13%), Греції (8%), Німеччині (4%), Італії (3%). Але вона практично відсутня в Іспанії та Португалії і з низькою частотою зустрічається в Нідерландах, Бельгії та скандинавських країнах. Аналіз гаплотипів вказує на балтійське походження цієї мутації приблизно 38 поколінь тому в середньовічний період, з поступовим зменшенням кількості мутацій зі сходу на захід і поширенням майже по всьому світу. У Франції географічна кластеризація в північно-східній частині очевидна для двох мутацій *BRCA1* (с.3481_3491del11 та с.5128G>T), що передбачає ефект засновника. Мутація-засновник *BRCA1* с.211A>G, походить з Північно-Західної Іспанії і становить до 50% усіх мутацій у цьому регіоні. Декілька мутацій-засновників у *BRCA1/2* були ідентифіковані в Голландії: зокрема, с.2685_2686delAA, ймовірно, виникла приблизно 32 покоління (~200 років) і становить 24% всіх мутацій *BRCA1/2*. Існує очевидний сильний слов'янський ефект «засновника», особливо для двох мутацій *BRCA1* (с.181T>G та с.5266dupC), які також вважаються мутаціями-засновниками у Польщі та деяких інших слов'янських країнах.

Висновок. Повний скринінг генів *BRCA1* і *BRCA2* залишається трудомістким завданням. Показано, що в деяких країнах та етнічних спільнотах спектр мутацій *BRCA1/2* обмежений

кількома мутаціями-засновниками, знання яких може підвищити ефективність генетичного скринінгу.

Д.Н. Попше, І.В. Качур
**НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ВІДСУТНОСТІ ЕЛЕКТРОПОСТАЧАННЯ НА
ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Кафедра нормальної фізіології
Т.П. Рисинець (доцент, кандидат психологічних наук)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: електропостачання є необхідною умовою для забезпечення життєдіяльності сучасного суспільства. Відсутність електроенергії має негативний вплив на психологічне здоров'я людей. Особливо під час війни, коли відключення світла можуть бути спричинені різними факторами – це ракетні обстріли, бомбардування, терористичні акти та технічні проблеми.

Мета: провести аналіз наукових даних, оцінити негативні наслідки відсутності електропостачання, які впливають на психологічний стан людей під час війни. Надати рекомендації для зменшення негативного впливу на психологічне здоров'я, покращення загальної якості життя та витривалості населення за відсутності електроенергії.

Методи та матеріали: проаналізували статті з журналу *NeuroNews* та із сайту Українського центру економічних і політичних досліджень імені Олександра Разумкова, інтерв'ю психологів та сомнологів щодо впливу відключення світла на психологічний стан людей.

Результати: за словами директора Центру досліджень енергетики, за період повномасштабного вторгнення, в країні дефіцит генеруючих потужностей становить більш як 20%, а в окремих регіонах має ще вищий відсоток. Значна кількість українців відчуває негативний вплив дефіциту електроенергії, за результатами аналізу Центр Разумкова вказує, що це приблизно 40% опитаних. Відсутність електропостачання може призвести до виникнення тривоги та стресу у людей через відчуття невідомості та невпевненість у майбутньому. Уява створює моделі можливих ризиків та загроз, що можуть стати джерелом неспокою, особливо для тих, хто під час відсутності світла опинився наодинці в некомфортних умовах, без їжі чи води та у холоді. Освітлення подає мозку сигнал про помірну безпеку. У безпечних обставинах знижується активність мигдалеподібного тіла. За відсутності електроенергії, навпаки, мигдалина буде активуватися та сигналізувати мозку про небезпеку, таким чином виникає відчуття страху і тривоги. Стрес та напруженість погіршують тривалість та якість сну, це підтверджують більше 50% українців. Зокрема, людський організм регулює цикл сну та неспання завдяки секреції гормону мелатоніну, який виробляється у темряві. Тривала відсутність світла може порушити вироблення мелатоніну, тим самим погіршити та зробити важким засинання. Відсутність електроенергії також може призвести до відчуття ізоляції, самотності та віддаленості від навколишнього світу. За результатами досліджень на питання, як сильно відключення світла впливає на психоемоційний стан та загалом на повсякденне життя, 49% опитаних запевняють, що впливає дуже сильно.

Висновки: тривале відключення електроенергії має негативний вплив на психологічний стан людей. Для уникнення суттєвих наслідків, пов'язаних із психологічним здоров'ям потрібно намагатися не залишатися наодинці, спробувати виконати дихальні вправи, які допоможуть впоратися із нападами стресу та паніки, продовжувати вести активне життя та знаходити для себе цікаве та корисне дозвілля.

В.О. Просвітлюк, П.П. Бублик, Ю.В. Деркач
**ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГРУДНИХ
КІНЦІВ IV-V РЕБЕР ТА ВІКУ У ЖИТЕЛІВ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ**

Кафедра судової медицини

Р.С. Циба (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У зв'язку із початком повномасштабного вторгнення та збільшення кількості випадків природних катастроф, які несуть за собою велику кількість жертв, питання ідентифікації особистості невпізнаних трупів, а також проведення медико-криміналістичного дослідження скелетованих останків стає однією з першочергових задач для спеціалістів у галузі судової медицини. Існуючі методи ідентифікації за кістковими залишками не можуть в повній мірі застосовуватись в Україні в зв'язку з антропометричними відмінностями між контрольною популяцією (американці та представники різних європейських народів) і досліджуваною населення, що вимагає їх адаптації відповідно до місцевої популяції.

Мета: Дослідити залежність морфологічних особливостей грудних кінців IV-V ребер та віку у жителів Подільського регіону.

Матеріали і методи: дослідження проведено на базі відділення судово-медичної криміналістики ВОБСМЕ (за підтримки Бобкова П.Ю.) шляхом вилучення фрагментів IV-V ребер при судово-медичній експертизі трупів у відділенні експертизи і трупів ВОБСМЕ та їх подальшого опису за методикою визначення віку по морфології грудинних кінців ребер (Nikita, 2017, адаптовано з M.Y. Işcan, S.R. Loth, Wright, 1984, 1985).

Результати: вибірка складала 3 особи жіночої та 12 осіб чоловічої статі; виявлено, що фаза 0-1 у чоловіків та жінок відсутні, так як відбиралися зразки від людей, віком від 18 років. 4 чоловіки (1973-1985 року народження) та 1 жінка невідомого року народження за морфологічною картиною грудинних кінців ребер відповідає 5-6 фазі вікових змін (33-55 р для чоловіків, 33-58 для жінок). 8 чоловіків (1953-1965 року народження) і 2 жінки (1955-1961 року народження) за морфологічною картиною грудинних кінців ребер відповідає 7-8 фазі вікових змін (>55 для чоловіків, >59 для жінок).

Висновок: проведене дослідження стало першим кроком в адаптації методу Nikita для населення України, а саме популяції осіб Подільського регіону. Проте, малий розмір вибірки і відсутні первинні дані від осіб молодого віку не дозволяють в повній мірі завершити адаптацію даного методу відповідно до популяції нашого регіону.

Ю.Ю.Процик

МЕЛАТОНІН І МОЛОДІСТЬ СЕРЦЯ

Кафедра гістології

В.О. Гненна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання (ССЗ) спричиняють більшість випадків смерті у всьому світі і це явище у переважній більшості поширене у людей старшого віку. За статистикою ВООЗ у 2019 році випадки ССЗ майже подвоїлись з 271 мільйона в 1990 році до 523 мільйонів у 2019 році, а кількість смертей від ССЗ збільшувалась з 12,1 мільйона в 1990 році до 18,6 мільйона у 2019 році. При старінні відбуваються генетично обумовлені порушення продукції мелатоніну, що призводить до формування патології серцево-судинної системи (ССС) і викликає великий інтерес морфологів, фармакологів та клініцистів.

Мета: Дослідити в літературних джерелах і мережі Інтернет та узагальнення інформації про вікову інволюцію епіфіза, як генетично обумовлене порушення продукції мелатоніну, що

призводить до формування патології ССС. Встановити основні механізми впливу старіння на зниження рівня секреції гормону мелатоніну (ГМ) та на порушення ритму його секреції. Довести, що циркадні ритми коливання артеріального тиску (АТ) безпосередньо впливають на ССС. З'ясувати можливості ГМ в регуляції величини системного АТ та його кардіотропні властивості.

Матеріали та методи: Статистичні дані ВООЗ, інтернет-джерела, наукова література.

Результати дослідження: Виходячи з отриманих даних, ГМ впливає на регуляцію величини системного АТ. При старінні функція епіфіза знижується, що проявляється порушенням ритму секреції ГМ та зниженням рівня його секреції. Це є однією із небагатьох причин відсутності адекватного зниження АТ під час сну в організмі людини похилого віку та регулюючим впливом на циркадні ритми коливання АТ. ГМ покращує захисні механізми серця, що відновлює функцію міокарда, атрофію та серцеву кахексію. ГМ знижує вираженість апоптозу, підвищує аутофагію, пригнічує некроз та зменшує мітохондріальне пошкодження та вираженість кардіоміопатії.

Висновок: Отримані результати дослідження вказують на те, що мелатонін забезпечує модуляторну регуляцію системного артеріального тиску. Мелатонін здатний стабілізувати роботу серця у здорових людей і послаблення симпатичного впливу на міокард. Все це є вагомою підставою, щоб звернути увагу клініцистів на можливості природного адаптогену з мультимодальними можливостями в кардіологічній практиці в якості безпечного лікарського засобу з низькою токсичністю. В клінічних умовах повинні бути уточнені адекватні дозування препаратами мелатоніну, що залежать від індивідуальної чутливості пацієнтів і стану секреторної активності епіфізу. Необхідно враховувати небезпеку передозування препаратами мелатоніну в нічний час (пік його виділення).

Б.С. Рабченко

ПРОГРЕСУЮЧА ОСИФІКУЮЧА ФІБРОДИСПЛАЗІЯ

Кафедра патологічної анатомії

Н.В. Бенедиктова (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Прогресуюча осифікуюча фібродисплазія (ПОФ) — це важке спадкове захворювання сполучної тканини, що характеризується прогресуючою гетеротопічною осифікацією (ГО) з формуванням якісно нормальної кістки в позаскелетних ділянках. ПОФ є рідкісним явищем із поширеністю у всьому світі приблизно 1 випадок на 2 мільйони осіб. Етнічної, расової чи географічної схильності не описано.

Мета: Дослідити роль ПОФ у патології людини, визначити етіологію та патогенез хвороби. Вивчити основні клініко-морфологічні ознаки захворювання. З'ясувати основні ускладнення захворювання та прогноз для хворих.

Матеріали та методи: Тематичний огляд наукової літератури відкритих електронних джерел: PubMed, Web of science, Google Scholar, ELSEVIER, Scopus та ін.

Результати: Основою патогенезу ПОФ є порушення регуляції сигналів білка кісткового морфогенезу (БКМ), зумовлені гетерозиготною мутацією (617G>A; R206H) в цитоплазматичному домені активінового рецептора I типу/активіноподібної кінази 2 (ACVR1/ALK2), рецептора БКМ типу I. Однак вирішальну роль у розвитку ПОФ відіграє залучення запального компоненту. При народженні єдиною ознакою ПОФ є вада розвитку великих пальців стопи. Протягом перших 10 років життя виникають спорадичні епізоди загострень у вигляді набряків м'яких тканин, які можуть трансформувати скелетні м'язи, сухожилля, зв'язки, фасції та апоневрози у елементи гетеротопічної кістки, що охоплюють та анкілозують суглоби. Прогресуючі епізоди ГО зазвичай спостерігаються спочатку в ділянці спини, плечей та голови, пізніше у ділянці живота, сідниць та стегон. Не піддаються осифікації

діафрагма, язик, позаочні м'язи, серцевий м'яз і гладкі м'язи внутрішніх органів. Розрізняють три послідовні стадії окостеніння при ПОФ: інфільтрації, фіброзної індурації та завершеного окостеніння. Вогнища кісткової тканини поступово збільшуються, зливаються між собою, набуваючи вигляд гілки з губчастою речовиною в глибині та компактною на поверхні. У старіших кісткових утвореннях серед балок з'являється кістковий мозок. Також відбувається атрофія скелетних м'язів і заміщення їх фіброзною тканиною, потовщення кісток із розпушуванням губчастої речовини епіфізів. Окрім прогресуючої нерухомості, небезпечними ускладненнями є втрата ваги після анкілозу щелепи, пневмонія та правошлуночкова серцева недостатність внаслідок синдрому торакальної недостатності (СТН). Втрата слуху зазвичай пов'язана з осифікацією середнього вуха. Іноді наявна супутня ендокринна патологія. Прогноз зазвичай є несприятливим, найчастішими причинами смерті є легенева інфекція та кахексія.

Висновки: ПОФ – рідкісне вроджене захворювання, що виникає в результаті спонтанної нової мутації. Хвороба передається від батьків як аутосомно-домінантна. У родині успадкована ПОФ може проявляти змінну експресію. Середня тривалість життя становить 40 років. Більшість пацієнтів прикуті до інвалідного візка до кінця другого десятиліття життя і зазвичай помирають від ускладнень СТН.

Б.С. Рабченко

ВПЛИВ ОКСИТОЦИНУ НА ПРОЦЕСИ РЕГЕНЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Кафедра патологічної фізіології

А.О. Іваниця (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Смертність від патології серцево-судинної системи щорічно займає одне з перших місць. Так, відповідно до статистики Центру громадського здоров'я України у 2022 році летальність від кардіоваскулярної становила 47% від усіх випадків. Перше місце серед цих патологій посідає ішемічна хвороба серця, зокрема гострий інфаркт міокарда. Одним із шляхів збільшення тривалості життя населення та зменшення смертності є пошук методів ефективної регенерації міокарда у постінфарктний період.

Мета: Вивчити роль нонапептида окситоцина в регенерації міокарда у постінфарктний період.

Матеріали та методи: Тематичний огляд наукової літератури відкритих електронних джерел: PubMed, Web of science, Google Scholar, ELSEVIER, Scopus та ін.

Результати: Рівень проліферації клітин епікарда знижується з віком, але в дорослих осіб він активується після ішемії досягаючи темпів близьких до ембріональних. При цьому відбувається міграція епікардіальних клітин в субепікардіальний простір з подальшим епітеліально-мезенхімальним переходом (ЕМП) та утворенням клітин-попередників епікарда (КПЕ), які є мультипотентними серцевими клітинами. Відомо, що гостра ішемія міокарда активує ядра гіпоталамуса. Нейропептид окситоцин проявляє найсильніші проліферативні властивості – під його впливом подвоїлась абсолютна кількість епікардіоцитів. Під час активації епікардіальних клітин окситоцин діє виключно через свій рецептор (OXTR), зв'язаний з G-білком (GPCR). Після здійснення штучної ішемії в експерименті спостерігається викид окситоцина з мозку в кров, що покращує інтенсивність процесів проліферації кардіоміоцитів, реваскуляризації прилеглого до пошкодженої ділянки ендотелію. У природніх умовах після пошкодження серця викид окситоцина з мозку викликає збільшення розмірів епікардіальних клітин-попередників у зовнішньому шарі серця, стимулює міграцію епікардіоцитів у зону пошкодження та їх подальшу трансформацію у кардіоміоцити. Окрім того, окситоцин покращує процеси експресії генів, які беруть участь у передачі сигналів трансформуючого фактора росту β (LEFTY2, GDF15, і INHBB), стимулює ріст ядер у кардіальних клітинах. Під час дії блокатора окситоцинових рецепторів атозібану, що

використовується як засіб для запобігання передчасних пологів, відбувається значне зниження кількості епікардіальних клітин та порушення формування епікарда. Такий ефект може бути пов'язаний дефектом міграції проепікардіоцитів до поверхні серця, що розвивається, а також дефектом проліферації епікардіальних клітин.

Висновки: Таким чином, експериментально доведена позитивна роль окситоцину в можливості регенерації серця після інфаркту міокарда. Виділяючись нейросекреторними ядрами мозку, він діє на окситоцинові рецептори серця та викликає епікардіальну активацію. Пригнічення окситоцину або блокада його рецепторів запобігає активації епікарда та його клітин-попередників після пошкодження, що призводить до порушення регенеративної відповіді.

I. О. Радогошин

ХАРЧУВАННЯ І ГРУПИ КРОВІ: ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кафедра нормальної фізіології людини

П. Т. Дацишин (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тема харчування і дієт, які базуються на знаннях груп крові продовжує набирати стрімких обертів, оскільки відіграє важливу роль на загальному самопочутті людей, аутоімунних реакцій тощо.

Мета: Ґрунтуючись на аналізі літературних джерел, зробити висновок щодо впливу раціону на організм людини з урахуванням груп крові.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій GoogleScholar, PubMed, Web of Science та інших видань.

Результати: Харчування та групи крові – це два взаємопов'язані фактори, які з кожним роком частіше вивчаються можливістю потенційного впливу на організм людини. На основі цього вчення було сформовано раціони, згідно з якими, людям слід вживати певні продукти в залежності від їх групи крові. Оскільки різні групи крові несуть в собі наявність або відсутність певного гена, то вони можуть впливати на властивість засвоюватись речовинам, які містяться в складі продуктів. Недавні дослідження показали, що люди з II групою крові можуть мати більшу тенденцію до надмірної ваги та серцево-судинних захворювань, споживаючи продукти з високим вмістом насичених жирів, таких як червоне м'ясо та молочні продукти. З іншого боку, люди з I групою крові менш схильні до набирання зайвої ваги, якщо вони обмежують споживання продуктів, що містять пшеницю та кукурудзу. Окрім цього, деякі дослідження також показали, що харчування, яке збалансоване з урахуванням групи крові, може позитивно впливати на загальний стан здоров'я людини. Наприклад, деякі люди з групою крові B можуть відчувати поліпшення загального стану здоров'я від споживання багатьох видів м'яса та риби, а також більшої кількості фруктів та овочів у порівнянні з іншими групами крові. Отже, харчування та групи крові можуть взаємодіяти в складний спосіб, що може впливати на здоров'я людини. Для забезпечення оптимального здоров'я і підтримання оптимальної фізичної та психічної форми, людям рекомендується враховувати свою групу крові при плануванні харчування та дотримуватися дієти, яка відповідає їхнім індивідуальним потребам. Наприклад, людям з II групою крові рекомендується обмежити споживання м'яса та молочних продуктів в перевагу зеленим овочам, фруктам та зернам. Люди з III групою крові можуть користуватися перевагами від споживання м'яса та риби, а також овочів. Люди з I групою крові можуть збагатити свій раціон білками, що містяться в м'ясі та рибі, а також овочами та фруктами. Найрідкісніша IV група крові потребує містити в раціоні велику кількість рослинної їжі, раціон має бути обмежений від м'ясних і молочних продуктів з високим вмістом жирів, які призводять до серцево-судинних хвороб і діабету, а також ця група крові має високу схильність до алергічних реакцій.

Висновки: Отже, врахування групи крові може бути корисним для підтримки здорового способу життя. Проте, важливо пам'ятати, що це лише один із багатьох факторів, які слід враховувати при плануванні харчування, тому що кожна людина унікальна, і потребує індивідуального підходу до свого здоров'я.

Н.В. Римарович

ВПЛИВ ІМУНОГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДИНИ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО АУТОІМУННОЇ ПАТОЛОГІЇ, ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ МІКРОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Кафедра клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики

Л.О. Турова (к. мед. н., асистент)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день зростає частота аутоімуних захворювань та більш різко постає питання про ранню діагностику, методи лікування та профілактики даних станів. Також великою проблемою людства є інфаркти та інсульти – найбільш часті причини смерті, у зв'язку з цим зростає потреба у виконанні мікрохірургічних черезшкірних втручань, зокрема стентування артерій, які в свою чергу мають свої ускладнення. На перший погляд: це зовсім не пов'язані між собою медико-соціальні проблеми, проте дані стани детерміновані поліморфізмами генів, що кодуєть прозапальні цитокіни, eNOS, ADAM 33, 17,3A.

Мета: провести аналіз літературних даних, що мали ціль: дослідити асоціацію поліморфізмів генів TNF- α , IFN γ , IL 1- ν , IL -1A IL 2RA, IL 6, IL 7R IL-8, IL 10, IL 12, IL 13, IL 21, IL 23R, IL 23A, IL 27, eNOS, ADAM 33, 17,3A зі схильністю до виникнення аутоімуної патології, ймовірністю формування ускладнень після виконання мікрохірургічних втручань .

Матеріали та методи: з метою виконання поставленого завдання було проведено пошук та аналіз статей, що відповідали заданій темі. Відповідні дослідницькі статті були виявлені за допомогою систематичного пошуку наукових баз даних, зокрема PubMed, Scopus, Science Direct і Scirus. Було використано ряд ключових пошукових термінів, зокрема: аутоімуні захворювання, прозапальні цитокіни, фіброз, eNOS, ADAM 17, 33,3A, рестеноз, генетична асоціація та зв'язок. Ці пошукові терміни дали значну кількість літератури, що оточує сферу дослідження, розглянуту в цьому огляді, яку потім проаналізували з точки зору результатів, методології та обмежень дослідження.

Результати: під час виконання роботи було визначено існування кореляції між поліморфізмами генів, що детермінують імуногенетичні особливості людини, а саме: TNF- α , IFN γ , IL 1- ν , IL -1A IL 2RA, IL 6, IL 7R IL-8, IL 10, IL 12, IL 13, IL 21, IL 23R, IL 23A, IL 27, eNOS, ADAM 33, 17,3A та між ймовірністю виникнення аутоімуного патологічного процесу та формуванням ускладнень після мікрохірургічних втручань.

Висновки

Вплив імуногенетичних особливостей людини на схильність до аутоімуної патології та виникнення ускладнень після мікрохірургічних втручань є вкрай важливим та серйозним. Доведено, що поліморфізми генів TNF- α , I IFN γ , IL 1- ν , IL -1A IL 2RA, IL 6, IL 7R IL-8, IL 10, IL 12, IL 13, IL 21, IL 23R, IL 23A, IL 27, eNOS, ADAM (33, 17,3A) впливають на ймовірність виникнення, перебіг та тяжкість, відповідь на лікування щодо аутоімуних захворювань. Також поліморфізми вище зазначених генів активно впливають на спазм судин, атерогенність, запальні процеси в судинах, що в свою чергу детермінує важкість перебігу післяопераційного періоду мікрохірургічних втручань, зокрема стентування артерій. Аналізуючи дані літературних джерел, було виділено низку поліморфізмів, що доведено мають вплив на схильність до аутоімуної патології та виникнення ускладнень після мікрохірургічних втручань.

Д.Р. Росоха
**ПАТОЛОГІЯ ЗБУДЛИВОСТІ –ЕКСТРАСИСТОЛІЯ: ШКІДЛИВИЙ ВПЛИВ
ПЕРШОГО ПОСТЕКСТРАСИСТОЛІЧНОГО СКОРОЧЕННЯ**

Кафедра патологічної фізіології

М. А. Березняк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Екстрасистолія (ЕС) — на сьогодні залишається одним із найпоширеніших порушень серцевого ритму, по різним даним зустрічається в 95 % населення Землі, яке може впливати на якість життя людини. Серцево-судинні ускладнення є однією із найважливіших проблем кардіології, попри тривалу боротьбу з цією патологією, запатентування нових методів профілактики та лікування. З огляду на серйозну поширеність цієї проблеми постає питання про вплив першого постекстрасистоличного скорочення на функцію основних параметрів магістральних судин.

Мета: З'ясувати шкідливий вплив першого постекстрасистоличного скорочення на систему кровообігу.

Матеріали та методи: Огляд та аналіз наукової літератури, іноземних публікацій за останні 5 років, у науково-пошукових джерелах Google scholar, PubMed, Medscape.

Результати: У людей, які страждають екстрасистолією частіше є важкі враження атеросклерозом, особливо, якщо це ранній варіант екстрасистолії (тобто систола шлуночків ЕС, виникає до відкриття мітрального клапана у фазу ізоволюметричного зниження внутрішньошлуночкового тиску й до фази виникнення швидкого наповнення шлуночків) та з частотою екстрасистол більше 3500 за добу. При першому постекстрасистоличному скороченні спостерігаються зміни параметрів магістральних судин і біомеханіки серця: чим раніше виникає систола шлуночків ЕС в серцевому циклі, тим приріст параметрів (робота, швидкість, потужність скорочень) більший. Можна стверджувати, що саме час виникнення систоли шлуночків при ЕС в серцевому циклі, визначає те, які зміни з точки кінетики буде мати перше постекстрасистоличне скорочення. Саме в цьому і є залежність активної участі магістральних артерій в переміщенні ударного об'єма крові, вигнаного серцем в систолу. Чим раніше ЕС виникає в серцевому циклі, тим швидкість лінійного кровотоку вища при проходженні хвилі першого постекстрасистоличного скорочення. Механізм усіх змін, які виникають внаслідок першого постекстрасистоличного скорочення можна пояснити виникненням гідравлічного удару- це механічний вплив на внутрішню поверхню судинної стінки, збільшеними параметрами гемодинаміки внаслідок проходження першого постекстрасистоличного скорочення. Отже, сила гідравлічного удару та сила механічного впливу прямо залежать від моменту виникнення систоли шлуночків ЕС скорочення в серцевому циклі – чим швидше є виникнення ЕС, тим більший гідравлічний удар. Внаслідок дії збільшеного гідравлічного удару інтима судинної стінки додатково травмується та збільшується ріст уже наявних атером.

Висновок: Велику небезпеку становить рання ЕС, внаслідок якої є зміни параметрів кінетики магістральних судин. Часті екстрасистоли прискорюють розвиток атеросклерозу та роблять його перебіг важчим. При першому постекстрасистоличному скороченні виникає гідравлічний удар, що додатково травмує судинну стінку та є причиною розвитку атером.

К.С. Семененко
**ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ АНГІОТЕНЗИНОВИХ
РЕЦЕПТОРІВ**

Кафедра нормальної фізіології

І.Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Через ангіотензинові (АТ) рецептори здійснюється регуляція тонузу кровоносних судин (вазоконстрикція та вазоділятація), підсилення активності симпатико-адреналової системи та проліферація гладеньких м'язів ендотелію судин. Внаслідок цього важливе значення мають інгібітори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), які володіють антигіпертензивною дією і попереджають ускладнення гіпертонічної хвороби.

Мета: Вивчення та деталізація механізмів функціонування АТ рецепторів.

Матеріали та методи: Огляд статей бази даних PubMed, Американського журналу фізіології (останні 10 років) та Журналу нейрохімії; результати клінічних спостережень за останні 10 років.

Результати: РААС—це фізіологічна гуморальна система, яка регулює судинний тонус. РААС регулює артеріальний тиск і функції серцево-судинної та видільної системи. Активація відбувається при зменшенні об'єму циркулюючої крові, ішемії нирки, зниженні АТ і при підвищенні активності симпатичної нервової системи. Тканиною-мішенню РААС є проксимальні ниркові каналці. Виділяють чотири основні підкласи АТ-рецепторів: АТ_{1,2}-рецептори до АТ II-III; Mas-рецептори до АТ I-VII, АТ₄-рецептори до АТ IV.

Ренін каталізує перетворення ангіотензиногену в АТ I, який під впливом ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) перетворюється в АТ II. АТ II та III збільшують секрецію альдостерону. Фізіологічні ефекти АТ II реалізує через АТ рецептори.

АТ₁-рецептори розташовані в нирковому тільці та ЮГА. АТ II активує АТ₁-рецептори, виникає вазоконстрикція, секреція альдостерону та посилення реабсорбції рідини та Na в проксимальних каналцях нирки, з розвитком тубуло-інтерстиційного фіброзу, хронічної гіпоксії нирки.

АТ₂-рецептори локалізуються в адвентиції міжчасточкових та дугових артерій нирки. Активація АТ₂-рецепторів зменшує тонус судин, активує апоптоз. АТ I-VII діє на Mas-рецептори, викликаючи розширення аферентних артеріол, збільшує ефективність ниркового кровотоку, зменшує фіброз, та володіє антипроліферативним ефектом.

АТ₄-рецептори локалізовані в легенях, серці, нирках та надниркових залозах. Згідно з дослідженням, опублікованим в Журналі нейрохімії, АТ IV має досить потужний вплив на когнітивні процеси. АТ₄-рецептор—це трансмембранний ензим, інсулін-регульована мембранна амінопептидаза або IRAP. При звязуванні АТ IV та IRAP спостерігається покращення пам'яті та навчання.

Висновки: Рецептори АТ_{1,2} є головними в функціонуванні серцево-судинної системи, блокатори рецепторів АТ II (валсартан, ірбесартан, лозартан) використовуються для лікування артеріальної гіпертензії, інгібітори АПФ та блокатори АТ рецепторів використовуються для лікування хвороби Альцгеймера та хвороби Паркінсона. Вивчення фізіологічних механізмів функціонування Mas-рецепторів та АТ IV рецепторів сприяє створенню нових методів лікування хронічних захворювань нирок.

М. Г. Семенишен, С.О. Остроухова
**ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НИРОК ПРИ ФІБРИЛЯРНОМУ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ**
Кафедра патологічної анатомії
В.П. Сорокоумов (доцент, к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Фібрилярний гломерулонефрит (ФГН) – досить рідкісна (~1% біопсій нативної нирки) проліферативна форма гломерулярних патологій, що характеризується хаотично орієнтованими фібрилярними утвореннями із середнім діаметром від 10 до 30 нм (в середньому 20 нм). Точна етіологія та патогенез ФГН не досліджені. Прогноз для хворих поганий: середній час до термінальної стадії ниркової недостатності становить $24,1 \pm 15,5$ місяця, у 36% пацієнтів відбувався рецидив після ниркової трансплантації в межах 51 місяця. Діагностика початкових фаз ФГН не є досконалою, що зрештою затримує встановлення діагнозу та початок лікування. Оптимальної терапії на даний момент також не існує.

Мета: Дослідження основних причин патморфологічних змін в нирках при фібрилярному гломерулонефриті, вплив білка DNAJB9 та використання його в діагностичних цілях.

Методи: Ретроспективний огляд медичної літератури та інформаційна обробка писемних та онлайн-джерел PubMed та NetDoctor, ScienceDirect, науковий синтез та узагальнення.

Результат: Для початкової фази ФГН характерна гіперцелюлярність, відкладення фібрил в межах мезангіуму та збільшенням мезангіального матриксу. Фібрили також будуть поширюватися вздовж базальних мембран клубочків та каналців, перитубулярних капілярів, артеріол та інтерстиції. У міру прогресування захворювання до ендокapілярно-проліферативного або мембрано-проліферативного типу ураження відбувається потовщення капілярних стінок із глобальним або сегментарним подвійним контуруванням базальної мембрани. При мембранозному патерні спостерігається глобальне або сегментарне потовщення базальної мембрани та утворення шипів. Фібрили утворюються за рахунок підвищеної секреції плазматичними клітинами неправильно згорнутого IgG, який потім відкладається в клубочкову мезангію. Інші клітини, що зазнають стресу ЕПР, секретують DNAJB9, він специфічно розпізнає схильні до агрегації області в неправильно згорнутому IgG, який попередньо задепоновувався в мезангії. DNAJB9 (один з основних конститутивних білків відкладень фібрил FGN) - є кошапероном білка теплового шоку 70 (HSP70) і бере участь у шляхах фолдингу, складання та підтримці гомеостазу білків, що зароджуються. У нормальному фізіологічному стані DNAJB9 активується під час диференціювання гемопоетичних стовбурових клітин, активації макрофагів, ангиогенезу та диференціювання плазматичних клітин.

Висновок: Поглиблене дослідження фібрилярного гломерулонефриту дозволило відкрити білок DNAJB9 та використати його як точний маркер. Імуногістохімічне фарбування DNAJB9 тепер замінило емерсійну мікроскопію і дозволяє всього лиш за 2 дні діагностувати ФГН. Тим не менш, пацієнти з FGN мають невтішний прогноз через відсутність ефективної терапії. Тільки ритуксимаб є відносно ефективним, але він здатний лиш затримувати прогресування захворювання та стабілізувати функцію нирок, проте не веде до одужання. Рано чи пізно хворим знадобиться пересадка нирок, тому потрібно продовжувати дослідження та розробку методів лікування.

Д.В.Сікалюк, А.В.Віговська

ЕЛЕКТРОМІТКА ЯК НАРІЖНИЙ КАМІНЬ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ІСТИННОЇ ПРИЧИНИ СМЕРТІ

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини. Судова медицина.

Г.М.Мустафіна (асистент)

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність: за статистичними даними близько 20% летальних нещасних випадків відбуваються внаслідок впливу електричного струму, кількість смертельних електротравм в Україні на 6% перевищує загальносвітову. Через постійне зростання кількості електроприладів на виробництвах та недотримання правил техніки безпеки частка смертей на робочому місці від ураження струмом зростає. І під час судово-медичної експертизи часто саме електромітки на трупі – наріжний камінь для встановлення причини смерті, адже вони наявні у 90% випадків.

Мета наукової роботи: довести важливість електроміток при встановленні причини смерті та довготривалість наявності останніх на тілі після електротравми.

Матеріали та методи: вивчення результатів судово-медичної експертизи з виписками з протоколу огляду трупа.

Результати: після втрати свідомості на роботі, чоловік 1969 р.н., не приходячи до тями, помер через сім діб в відділенні інтенсивної терапії. Зі слів бригади екстреної медичної допомоги, чоловіка виявили в порожньому приміщенні, але лікар запідозрив електротравму за клінічними проявами та наявністю на брудній підлозі чітких обрисів характерних для ніжок стола та електрокабеля. Проте керівник підприємства все заперечив. При судово-медичній експертизі трупа виявлено ділянку шкіри невизначеної форми сірувато-фіолетового забарвлення на підошовній поверхні лівої стопи в середній третині, на межі з зовнішньою поверхнею стопи, розміром 4,5x3,5см., з некротичним помірним розм'якшенням шкіри та прилеглих тканин на глибину до 0,7см. Подібна за характеристиками ділянка виявлена на підошовній поверхні правої стопи біля основи 4-го та 5-го пальців, розміром 2,7x3,3см., з некротичним розм'якшенням тканин на глибину до 0,5см. При додаткових розрізах м'яких тканин підошовних поверхонь виявлені темні буро-червоні крововиливи в шкіру, підшкірно-жирову клітковину та поверхневі м'язи в вищеописаних ділянках зміненої шкіри стоп. При судово-гістологічному дослідженні встановлено, що зміни в шкірі лівої та правої стопи відповідають електроміткам з ознаками прижиттєвості, що утворились одночасно від дії технічного електричного струму.

Крім того, вивченням наданої медичної карти стаціонарного хворого, виявлене поступове наростання збоїв серцевої діяльності (порушення провідності серця, серцевого ритму).

Висновки: електромітки здатні зберігатися на тілі довгий час після впливу струму. У даному випадку мітки на правій та лівій стопі залишилися навіть через 7 діб після безпосередньої електротравми та стали основою для об'єктивної визначення достовірної причини смерті потерпілого попри всі заперечення роботодавця.

Ключові слова: електричний струм, електромітка, стопа, експертиза.

Д.В.Сікалюк, А.В.Віговська

ВПЛИВ ЕМУЛЬСІЇ ОЛІЇ МОНАРДИ В POLYSORBATE-80 НА ГРИБИ ВИДУ *CANDIDA ALBICANS*

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

В.П.Полянська (канд.біол.н., доц.), С.В.Зачепило (канд.мед.н, доц.)

Полтавський державний медичний університет

м.Полтава, Україна

Актуальність: серед збудників кандидозів *Candida albicans* посідає одне з провідних місць. Через проблему антибіотикорезистентності постає питання використання альтернативних протигрибкових засобів, одним з яких може слугувати ефірна олія Монарди дудчастої (*Monarda fistulosa*).

Мета: вивчити ефективність протигрибкової дії олії монарди, емульгованої в Polysorbate-80, на еталонний та клінічні штами *C. albicans*.

Матеріали та методи: як предмет дослідження використовували еталонний штам *Candida albicans* (ATCC 10231) та клінічні ізоляти *C. albicans*, які були одержані від хворих на зовнішній отит. Як об'єкт дослідження використовували олію монарди (виробник: LLC "UBA" США, м. Хьюстон), емульговану у Polysorbate-80. Мінімальну інгібувальну концентрацію (МІК) емульсії олії монарди для досліджуваних культур визначали за методом послідовних розведень у рідкому середовищі (відповідно до EN ISO 20776-1:2014) у діапазоні 0,093–0,0058 об'єм.%. Вплив емульсії олії монарди на кількість життєздатних бактеріальних клітин досліджуваних штамів в концентраціях олії монарди менше бактеріостатичних значень визначали секторним методом на щільне живильне середовище Сауро з наступним визначенням колонієутворюючих одиниць/мл (КУО/мл).

Результати: аналіз мікологічного дослідження показав, що МІК емульсії олії монарди для еталонного та клінічних штамів *C. albicans* визначалась у концентрації 0,046 об'єм.%, а МФЦК- 0,093 об'єм.%. Показники КУО еталонного штаму *C. Albicans* в постмікостатичних концентраціях ефірної олії в діапазоні 0,023–0, 0058 об'єм.% були в 5 разів нижче, ніж показник КУО контролю культури, а при концентрації 0,0029 об'єм.% КУО досягав показників контролю культури. Показники КУО клінічних штамів *C. albicans* в постмікостатичних концентраціях ефірної олії 0,023–0, 011 об'єм.% перевищували показник КУО контролю в 5 разів, а в діапазоні 0,0058–0,0029 об'єм.% показники КУО не відрізнялися від контролю культури. На нашу думку, дана двофазність одержуваних результатів може свідчити про явище гормезису, коли відбувається стимулювальна дія помірних доз стресорів.

Висновки: визначено, що олія монарди, емульгована в Polysorbate-80, проявляє протигрибкову дію на еталонний та клінічні штами *Candida albicans*. Також встановлено, що лише у клінічних штамів *Candida albicans* в постмікостатичних концентраціях олії монарди може проявлятися явище гормезису.

А.С. Скомаровський
НЕРВОВО-СУДИННИЙ КОНФЛІКТ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВУ

Кафедра патологічної анатомії

А.М. Березовський

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Нервово-судинний конфлікт, як різновид проблеми невралгії трійчастого нерву (НТН), це актуальна хвороба на сьогоднішній день. Під час захворювання пацієнти страждають від гострого та інтенсивного болю. Етіологія захворювання повністю не вивчена. Діагностування хвороби дуже важке.

Мета: На основі медичної та наукової літератури дослідити останні відомості з досліджуваних питань. Вивчити основні клініко-морфологічні ознаки та ускладнення захворювань. Дослідити методи діагностики та прогноз для цієї групи захворювань.

Матеріали та методи: Аналіз джерел наукової літератури, інтернет-ресурсів (PubMed) та огляд тематичних статей медичних журналів з приводу патології трійчастого нерва.

Результати: В нашому дослідженні ми розглядали випадки коли пацієнти скаржаться на гострий інтенсивний біль. Біль виникає під час прийому їжі, розмови, легкого дотику обличчя або навіть під час прохолодного вітру. Захворювання виникає у людей старшого віку. Головна задача діагностики встановити причину виникнення НТН. Вона може бути первина тобто

компресія нерву судиною і вторинна є ускладненням іншої хвороби (розсіяний склероз, вірус герпесу). Діагностувати захворювання можна по скаргам пацієнта, але також лікар проводить МРТ голови. Магнітно-резонансна томографія потрібна щоб побачити нервово-судинний контакт, інколи потрібні додаткові умови проведення цього дослідження. Також проводять ангиографію для диференціювання артерій від вен. Діагностика грає дуже важливу роль в лікуванні НТН.

Висновки: Невралгія трійчастого нерву на сьогоднішній день є дуже розповсюдженою. Хвороба вражає людей середнього та похилого віку, група людей від 61-70 страждають частіше всього. Діагностика є дуже важливою в ході лікування та до повного одужання пацієнта.

Я.С.Слободянюк

ЕТИОЛОГІЧНІ І ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ

Кафедра патологічної анатомії

А.М.Березовський (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця ,Україна

Актуальність : миготлива аритмія є найпоширенішою стійкою серцевою аритмією, частота якої становить 1-2% загальної популяції. У Європі на фібриляцію передсердь страждають більше 6 млн чоловік, а її поширеність, принаймні, подвоїться за наступні 50 років на тлі постаріння населення,тому визначення етіологічних факторів є прогностичною умовою ранньої діагностики і лікування даного захворювання

Мета : дослідити вплив генетичних мутацій, наркотичних речовин, етнічності, статевоспецифічних факторів на розвиток миготливої аритмії

Матеріали та методи: аналіз наукових робіт вітчизняних та іноземних вчених, статей у науково-практичних медичних журналах, обробка результатів останніх експериментальних клінічних досліджень

Результати : у ході аналізу виявлено, що миготлива аритмія це поліетіологічне захворювання, що спричинене не лише природним старінням населення, але й накопиченням хронічних серцево-судинних захворювань і факторів ризику і потребує раннього лікування основних захворювань для покращення результатів фібриляції передсердь і впровадження індивідуального лікування у щоденній клінічній практиці.

Висновок : загальні серцево-судинні фактори ризику, такі як гіпертонія, ЦД, ожиріння, обструктивне апное сну, відсутність фізичної активності та вживання алкоголю, наркотичних речовин,серцева недостатність, ішемічна хвороба серця а також зміни у геномі людини,расова приналежність,статевоспецифічні фактори значно сприяють розвитку миготливої аритмії. Оптимальне та своєчасне лікування, націлене на ці умови зменшує ризик розвитку даного захворювання та покращує якість життя.

Д. С. Слюсаренко, І.С. Бойко

СИМПТОМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗОВ

Кафедра загальної та клінічної патофізіології ім. Д.О. Альперна

М.О. Кузнецова (асистент)

Харківський національний медичний університет,

м. Харків, Україна

Актуальність. Вже декілька років поспіль студентам наших ВНЗ доводиться навчатися дистанційно, через війну, ковід, та інші негаразди. Внаслідок постійного сидячого положення, малого фізичного навантаження, неправильного способу життя, виникають проблеми с

опорно-руховим апаратом і поставою. Це негативно відображається на самопочутті, успішності у навчанні. Зазначені явища є характерними для всіх студентів – саме тому проблема розповсюдженості остеохондрозу є актуальною.

Метою дослідження було встановлення факторів ризику розвитку остеохондрозу і його клінічних проявів.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети був використаний метод статистичного аналізу шляхом соціального анкетування респондентів медичних вузів. У даному опитуванні взяли участь 121 особа. Стать опитаних: 89.3% - жінки; 10.7% - чоловіки. Вік: 16-19 – 38%; 20-22 – 51.2%; 23-24 – 4.1%; більше 25 – 6.6%.

Результати. На момент дослідження захворювання опорно-рухового апарату було діагностовано у 36.4% опитаних. Кількість часу, яку може просидіти людина зігнувшись над столом: менше години – 5%; 1-2 години – 25.6%; 3-4 – 23.1%; 5-6 – 19%; 7-8 – 13.2%; 9-10 – 8.3%; більше 10 – 5.8%. Травми хребта були наявні у 19%. Респонденти відмітили у себе наступні симптоми остеохондрозу: оніміння і ломота в спині, чи кінцівках – 35.5%; скутість в тілі – 37.2%; больові відчуття в шийному, грудному, поперековому відділах хребта – 70.2%; головний біль – 59.5%; спазм м'язів – 23.1%; біль в очах після частих рухів головою – 13.2%; біль над лопатками – 7.4%; хрускіт у суглобах – 69.4%; запаморочення – 23.1%; звін у вухах – 2.5%. На думку студентів, причинами виникнення остеохондрозу є такі фактори: малорухливий спосіб життя – 84.3%; не слідування за поставою – 75.2%; не раціональне харчування – 28.1%; спадковість – 14%; надмірне фізичне навантаження – 13.2%. Респонденти вважають, що регулярні заняття фізичною культурою мають велике значення у профілактиці остеохондрозу, про що свідчили дані нашого дослідження: 1 – відповіли 0.8%; 2 – 0%; 3 – 9.9%; 4 – 45.5%; 5 – 43.8%.

Висновки. Перераховуючи вищезазначене ми можемо стверджувати, що у всіх респондентів є симптоми остеохондрозу через недотримання здорового способу життя. Згідно з результатами дослідження заняття фізичною культурою є найбільш дієвою профілактикою захворювань опорно-рухового апарату.

К.В. Спрут

МЕЛАНОМА У ДІТЕЙ

Кафедра патологічної анатомії

Н.В. Бенедіктова (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Злоякісні новоутворення шкіри (ЗНШ) поступово посідають все вищі місця в структурі онкопатології. У світі щорічно реєструється близько 2 мільйонів первинних випадків ЗНШ, з яких приблизно 132 тисячі припадає на випадки меланоми.

Мета: Аналіз літературних джерел про поширення меланоми серед дитячого населення та його вплив на здоров'я малюків.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій GoogleScholar, PubMed, Web of Science та інших видань.

Результати: Меланома - це злоякісна пухлина, що походить з меланоцитів, що знаходяться в шкірі і відповідають за вироблення пігменту меланіну. Хоча меланома зазвичай розвивається у дорослих, вона може також виникати у дітей. Діагностика меланоми у дітей може бути складною, оскільки деякі ознаки, які зазвичай пов'язуються з меланою, можуть бути присутні і в звичайних родимках. До цих ознак відносяться: зміна форми, розміру, кольору та текстури родимок, наявність кровоточивих або болючих родимок, поява нових родимок тощо. На жаль меланома у дітей з кожним роком виявляється все частіше, кількість випадків зростає більше ніж на 2% за останні роки. За даними досліджень, це зростання пов'язане зі зміною кліматичних умов, змінами в поведінці до сонячних променів. Меланома у дітей зазвичай

лікується за допомогою хірургічного видалення пухлини, при цьому вони можуть мати кращий прогноз, ніж дорослі пацієнти з меланою. Однак, лікування може бути складним, оскільки діти можуть бути більш чутливими до радіаційної терапії та інших методів лікування. Тому, при лікуванні меланоми у дітей, необхідно уважно враховувати потенційні побічні ефекти та ризики, що пов'язані з кожним методом лікування. Дослідження показують, що профілактика є дуже важливою у зменшенні ризику виникнення меланоми у дітей, тому слід захищати їх від сонця: використання захисних кремів та носіння одягу. Окрім того, важливо підтримувати здоровий стиль життя та регулярно перевіряти шкіру, щоб вчасно виявляти будь-які зміни та підозри на меланому.

Висновки: Отже, завдяки аналізу матеріалів можемо дійти до висновку, що на щастя у дітей меланома зазвичай розвивається дуже рідко, але, на жаль, кількість випадків щорічно зростає. Важливо вчасно діагностувати та лікувати меланому у дітей, при цьому уважно враховувати потенційні побічні ефекти та ризики, що пов'язані з кожним методом лікування. Профілактика, включаючи захист від сонця та здоровий стиль життя, є важливими чинниками у зменшенні ризику виникнення меланоми у дітей.

Д.В. Степаненко, Я.М. Чукань, А.О. Фартушня
**ОЦІНКА РУХЛИВОСТІ ТА ФОРМИ ПІД'ЯЗИКОВОЇ КІСТКИ ЗА УМОВ
ВІДСУТНОСТІ ЇЇ УШКОДЖЕННЯ**

Кафедра судової медицини та права

Циба Р.С. (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розуміння анатомічних різновидів форми під'язикової кістки має досить важливе значення для проведення хірургічних операцій в області ший, а визначення рухливості кістки, яка може бути як фізіологічною, так і паталогічною займає вагомую роль у судово-медичній експертизі для діагностики переломів під'язикової, що можуть нерідко зустрічатися при механічній асфіксії, ударах тупими предметами, падіннях з висоти та ін.

Мета: Дослідити особливості рухливості та форми цілих під'язикових кісток, вилучених у померлих осіб.

Матеріали та методи: Проведено морфометричне дослідження 13 зразків під'язикових кісток, що були зібрані на базі Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи; а також здійснено аналіз джерел з наукометричної бази Google Scholar 2015-2022.

Результати: Вибірку склали: 10 зразків чоловічої статі та 3 жіночої, жителів Подільського регіону України. Середній їх вік становив 54,7 років. Причинами смертей людей були: ГІМ, ІХС, гостре отруєння СО. Серед форм під'язикової кістки зустрічались: U-тип - 6 зразків (46,2%); D-тип - 4 зразка (30,8%); H-тип - 2 зразка (15,3%); B-тип - 1 зразок (7,7%). Серед чоловіків переважає тип U- 4 (40%) кістки, на другому місці- D-тип-3 (30%) кістки, тип H-тип - 2 зразка (20%), B-тип - 1 зразок(10%). Серед жінок теж переважає U-тип-2 зразка (66,66%), далі D-тип - 1 зразок (33,33%). Отже, найпоширенішим є саме U-тип серед обох статей, на другому місці D-тип. Середня довжина кісток-40,3 мм, найбільша довжина становить 53,4 мм, натомість найменша- 33,1 мм. Середня висота великих рогів -29,6 мм, найбільша - 36,2 мм, а найменша - 22,3 мм. Середня глибина кісток - 29,9 мм, найбільша - 41,2 мм, найменша - 22,8 мм. Середня ширина між верхівками великих рогів - 43,3мм, найбільша - 56,6 мм, найменша - 32,5 мм. Середня ширина між шийками великих рогів - 36,8мм, найбільша - 51,8 мм, а найменша - 28,5 мм. Середній розмір тіла кісток -12,6мм, найбільший-15,3, найменший-11,0. Дослідження рухливості показало, що у 7 представлених зразках відмічалася нерухомість в під'язиковій кістці, обмежена рухливість зустрічалась в 4 випадках і у 2 випадках була наявна рухливість.

Висновки: Не зважаючи на те, що більшість сучасної літератури стверджує, що U-тип під'язикової кістки зустрічається майже в 100% людей, наші дані виявили, що в Подільській популяції даний тип трапляється в 46,2% (що все одно є найбільш поширеним типом); але в 53,8% випадків нам траплялися і інші типи, такі як D,H,B. Рухливими або малорухомими були 46,2%, а нерухомими – 53,8%. Це є важливим фактором у діагностиці, проведенні операцій та аутопсії з метою виключення хибних результатів щодо перелому під'язикової кістки, оскільки цей тип перелому є одним з найменш досліджених, а також зустрічається відносно рідко.

В.В. Стецик, М.А. Хотян
ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ УРАЖЕНЬ ЦНС

Кафедра патофізіології
Ю.М. Олійник (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: з літературних джерел відомо, що частота нейрокогнітивних порушень у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією в 3-10 разів більша, ніж в загальній популяції. На жаль, захворюваність на ВІЛ росте з кожним роком. Рівень поширеності серед дорослих досягнув 6,2%. Різноманітні неврологічні ураження фіксують у 70% ВІЛ-інфікованих пацієнтів. У 45% пацієнтів неврологічні ускладнення виступають в якості ініціальних симптомів ВІЛ-інфекції. В свою чергу, ВООЗ інформує, що серед інфікованих ВІЛ наростає епідемія прогресуючих психоневрологічних захворювань. Висока частота уражень нервової системи та залучення їх до патологічного процесу на ранніх стадіях захворювання, роблять дослідження теми неврологічних проявів та ускладнень СНІДу особливо актуальною.

Мета: дослідити патогенетичні аспекти ВІЛ-асоційованих уражень ЦНС.

Матеріали та методи: аналіз наукових джерел з баз "Google Scholar", "PubMed", "Web of Science", "Scopus".

Результати: в основі патологічного впливу ВІЛ-інфекції на ЦНС лежить низка потенційних патофізіологічних механізмів. До них належить безпосередній вплив вірусу шляхом проникнення ВІЛ в клітини мікроглії, астроцити, олігодендроцити, епендимальні клітини за допомогою різних рецепторів (CD4 та CCR5), а також вплив опортуністичних інфекцій, пухлин та токсична дія антиретровірусних препаратів. Нейрони не можуть бути безпосередньо інфіковані вірусом через відсутність на їх поверхні CD4-рецепторів. Таким чином, порушення функцій нейронів відбувається шляхом нейротоксичної дії білків вірусу (gp120, Tat) і продуктів, що синтезуються у процесі імунної активації клітин (TNF- α , інтерлейкіни, глутамат, хінолева кислота). Наприклад, зв'язування gp120 з хемокіновими рецепторами CXCR4, представленими на мембранах нейронів, через ланцюг молекулярних взаємодій призводить до апоптозу клітин. Дослідження останніх років демонструють, що регуляторний білок трансактиватор транскрипції (Tat) порушує синаптичну функцію, пригнічуючи експресію пресинаптичного білка SNAP25 та активуючи нейрональні ріанодінові рецептори, що індукує розгорнуту білкову відповідь і мітохондріальну гіперполяризацію в кортикальних нейронах, таким чином порушуючи здатність нейрона буферизувати кальцій і підтримувати виробництво енергії для нормального синаптичного зв'язку. Крім того, білок Tat і gp120 активують металопротеїназу, яка руйнує білкові зв'язки гематоенцефалічного бар'єру, призводить до деградації мієліну та індукує загибель нейронів. Накопичення білків, таких як бета-амілоїд та тау-білок, в мозкових клітинах призводить до утворення агрегатів (амілоїдних пластинок та неврофібрилярних клубочків), які викликають зниження функції нейронів та нейродегенерацію.

Висновки: отже, дослідження патогенетичних аспектів ВІЛ-асоційованих уражень ЦНС відкривають можливість діагностики та лікування неврологічних проявів і ускладнень СНІДу на ранніх етапах.

Я.В. Стойка
**МОЛЕКУЛЯРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ АПОПТОЗУ ПРИ SARS-COV-2
ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра патологічної фізіології
В.В. Піліпонова (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінниця, Україна

Актуальність: Апоптоз – це один з видів запрограмованої смерті клітини (PCD), що слугує контролем гомеостазу в організмі. Пандемія нового коронавірусу принесла з собою масу нових досліджень. Будучи одним з фундаментальних регуляторів активності клітин, відхилення в сторону активації чи інгібування апоптозу під час COVID-19 може призвести до зміни імунного статусу, прогресування ступеня важкості хвороби, а також зміни апоптичної активності клітин за рахунок втручання вірусу в різні ланки механізму PCD, що, врешті-решт, спричиняє збільшення летальності пацієнтів. Таким чином, саме подальше вивчення молекулярних ланок патогенезу запрограмованої клітинної смерті буде позитивним рішенням з можливістю розкрити нові методи лікування інфікованих осіб.

Мета: Оцінити, вивчити та проаналізувати вплив COVID-19 на різні ланки патогенезу апоптозу, як одного з факторів, що може визначати важкість перебігу хвороби.

Матеріали та методи: Було оброблено інформаційні джерела з таких наукометричних баз даних: PubMed, Google Scholar, Elsevier, Web of Science та Springer Open, а також перехресних посилань.

Результати: Інфікування коронавірусом спричиняє інгібування та активацію апоптичних процесів в організмі. Під впливом вірусу зміни відбуваються у внутрішньому та зовнішньому шляхах PCD. Пригнічення процесу, головним чином, відбувається на ранніх стадіях захворювання і, індукований SARS-CoV-2 апоптоз веде до уповільнення елімінації збудника з клітини-хазяїна, що в подальшому власне і дозволяє вірусу негативно впливати на тропні до нього клітини. COVID-19 прямо чи опосередковано підвищує експресію c-FLIP, що модулює FADD і TRADD і призводить до блокування каспази-8. Також вірус з метою запобігання власному видаленню, взаємодіючи з TLR клітин стимулює шлях NF- κ B, який здійснює антиапоптичну функцію через XIAP та Bcl-2. З іншого боку, можлива також активація апоптозу, що при зараженні вірусом спочатку несе захисну функцію, проте згодом сприяє масивному ураженню клітин. Е-протеїн SARS-CoV-2 підвищує рівень іонів Ca^{2+} в клітині, що індукує мітохондріальний шлях апоптозу, а М-білок стимулює транслокацію проапоптичного білка BOK (Bcl-2 related ovarian killer) в мітохондрії і запускає процес смерті клітини. Поверхневий S білок активує каспазу-9. Важливим допоміжним білком є ORF3a, який прямо індукує зовнішній шлях і взаємодіє з внутрішнім через tBID, що індукує цитохром C і каспазу-9. На даний момент клінічні дослідження проходять препарати, які направлені на інгібування каспаз та TNF α/β , як ланок, на які більш доцільно впливати з метою регуляції апоптозу.

Висновки: SARS-CoV-2 впливає на численні молекулярні ланки в патогенезі апоптозу, що має зазвичай негативні наслідки для організму людини. В разі позитивних результатів у вивченні таргетної терапії апоптозу при COVID-19 це дозволить контролювати ступінь враження макроорганізму.

Б.В. Сулима
СОН ТА АКТИВАЦІЙНА ТЕРАПІЯ

Кафедра нормальної фізіології
Л.С. Лойко (к.психол.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Здоровий сон – це була, є та буде невід’ємна і важлива частина життя кожної людини. Усім відомо, що сон сприяє активізації процесів анаболізму, емоційному розвантаженню та відновленню працездатності. На жаль, у сучасному світі розлади сну вже не є чимось рідкісним, вони стали досить актуальною проблемою сучасності. Якщо звернутись до статистики, то можна побачити, що до 45% людей, у середньому, страждають безсонням та звертаються у зв’язку з цим до фахівців за медичною допомогою. На даний момент широкого розповсюдження набув метод активаційної терапії, який стверджує, що здатен лікувати та корегувати майже усі наявні розлади процесів сну. Тому, актуальність досліджуваної теми не викликає ніяких сумнівів і потребує дослідження, так як темп сучасного життя надзвичайно швидкоплинний та несе за собою велике навантаження, як у фізичних, так і у фізіологічних аспектах.

Мета: Визначити чи має місце бути активаційна терапія серед методик допомоги у лікуванні безсоння та інших порушень сну, а також дослідження впливу даного виду терапії на поліпшення емоційного стану, впливу на когнітивні процеси та загальне самопочуття.

Матеріали та методи: Під час проведення дослідження були використані матеріали, які подані у літературі, з подальшим аналізом вивченого, а також виокремленням суттєвих фактів, які спростовують або ж підтверджують ефективність активаційної терапії.

Результати: Дослідивши усі наукові джерела та літературу можна сказати, що активаційна терапія має більше переваг, аніж недоліків і є дійсно ефективною методикою корекції такого фізіологічного процесу, як сон. Було також виявлено, що активаційна терапія може використовуватись як альтернатива методу когнітивної терапії, адже вона виявилась набагато ефективнішою та набагато швидшою за результатами. Ще було з’ясовано, що від моменту початку терапії до появи суттєвих результатів, людина повинна відвідати фахівця 15 сеансів, що вказує на перевагу з економічної точки зору, тому що звертаючись до когнітивного методу, потрібно пройти курс тривалістю до року по 2-3 зустрічі на тиждень. Якщо ж звернутись до людей, які випробували дану методику на собі, то їх коментарі свідчать про дійсно високу дієвість цього виду терапії.

Висновок: У результаті проведення дослідження було доведено, що активаційна терапія є дійсно ефективною, вона має досить гарні результати та має місце бути присутньою серед методів корегування процесів сну та регуляції психологічних станів людей. Кожен пацієнт, що звертався зі своїми проблемами, залишився задоволеним після проходження курсу лікування, що ще раз доводить про ефективність даного методу.

Т.І. Супрун

НОВІТНІ ПОГЛЯДИ НА ПРИЧИНИ ОКРЕМИХ ФОРМ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Кафедра нормальної фізіології

Н.В. Белік (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема девіантної поведінки давно є актуальною для педагогів, психологів, нейробіологів, криміналістів. Щороку кількість людей із девіаціями збільшується через різні причини. На сьогоднішній день виділяють біологічні (спадковість, мозкові дисфункції, порушення роботи ферментативних та гормональних систем організму), психологічні (акцентуації характеру, психопатії, потяг до самоствердження, задоволення цікавості) та соціальні (зниження морально-етичного рівня населення, пропаганда в ЗМІ насильницьких стереотипів поведінки тощо) фактори ризику виникнення девіантної поведінки. Проте, вивчення причин окремих форм девіантної поведінки не припиняється.

Мета: на підставі вивчення і аналізу сучасних наукових літературних джерел розширити уяву про новітні погляди на причини деяких форм девіантної поведінки, зокрема у людей, які отримують задоволення від насильства.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій і результатів досліджень авторитетних учених (James Fallon, 2013; Scott Bonn, 2014; David Taylor, 2018; Wayne Petherick, 2021).

Результати: За даними Джеймса Феллона ("The Psychopath Inside: A Neuroscientist's Personal Journey into the Dark Side of the Brain", 2013) до характерних особливостей мозку людей, схильних до насильства, можна віднести:

- нестачу сірої речовини в префронтальній корі й/або скроневій частці – ці зони відповідають за формування почуття провини та здатність співчувати іншим;
- наявність травм префронтальної кори, що призводить до появи агресії, гіперсексуальності, відсутності емпатії та імпульсивності;
- порушення міжнейронних зв'язків, особливо зв'язків між кірковими центрами свідомої поведінки й лімбічною системою, через що особа не може прогнозувати наслідки своїх дій і враховувати моральний бік своїх вчинків;
- наявність пухлин головного мозку, особливо новоутворень, які стискають мигдалину, що відповідає за утворення емоцій і контроль власної поведінки.

Особливої уваги заслуговує те, що в осіб, схильних до насильства, були знайдені мутації гена CDH13, що кодує білки, які забезпечують міжнейронні зв'язки. Вважають, що мутації цього гена можуть бути основою для дитячої гіперактивності. Крім цього, у цих осіб була знижена активність гена MAOA. Цей ген кодує фермент, який контролює кількість дофаміну й серотоніну в нейронах головного мозку. Знижена активність гена MAOA підвищує ймовірність раптової агресії більше, ніж у 10 разів.

Висновки: Таким чином, у осіб із девіаціями поведінки визначені характерні структурно-функціональні зміни в префронтальній корі й структурах лімбічної системи, особливо мигдалині – тобто структурах, які відповідають за прояви особистості, прийняття рішень, регулювання соціальної поведінки, формування емоцій, зокрема страху. Проте, особливої уваги заслуговує виявлення генетичної першооснови соціальних девіацій – мутація генів CDH13 та MAOA.

Т.І. Супрун

ЗМІНИ МІКРОФЛОРИ ЕЯКУЛЯТУ ПІСЛЯ ВАЗЕКТОМІЇ

Кафедра мікробіології

Ю.В. Кордон (доц., канд. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Станом на 2023 рік понад 50 мільйонів чоловіків у світі зробили вазектомію. Ця хірургічна операція призводить до стерильності, проте зберігає статеву поведінку. Сперма після проведеної вазектомії не містить сперматозоїдів. Окрім чоловічих гамет, змін зазнає і мікрофлора еякуляту.

Мета: виявлення якісних і кількісних змін мікробіому еякуляту до та після вазектомії.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій і досліджень іноземних учених із використанням таких джерел, як Pub Med, The Lancet, NCBI, Science Direct.

Результати: В еякуляті чоловіка, який може мати потомство, переважають мікроорганізми родин Enterobacteriaceae та Staphylococcaceae. Окрім цього, в еякуляті з достатнім та високим вмістом рухливих сперматозоїдів найпоширенішими є бактерії родів Lactobacillus та Gardnerella. Ці бактерії чинять різний вплив на якість еякуляту: з одного боку, вони виробляють активні форми кисню, які зменшують рухливість сперматозоїдів або змінюють хід акросомної реакції, з іншого боку, зниження вмісту Lactobacillus iners призводить до простатиту й хронічного запалення передміхурової залози, що може спричинити рак. В еякуляті низької якості було знайдено представників роду Prevotella, які виробляють аміак, епітеліальні цитокіни й посилюють ріст патогенних мікроорганізмів, що негативно впливає на чоловічу фертильність. Є дослідження, у яких знаходять кореляцію між зростанням кількості

представників *P. sorghi* і хронічним запаленням слизової оболонки сім'явидних шляхів у ВІЛ-позитивних чоловіків.

Після виконання вазектомії сім'явидні протоки стають непрохідними, що є причиною відсутності сперматозоїдів у спермі. Зразки еякуляту після вазектомії містять збільшення представників роду *Corynebacterium*, які є умовно-патогенними для людини, і здатні спричиняти патології сечостатевої системи. Спостерігалось зменшення мікроорганізмів родів *Parasoccus*, *Sphingomonas* та *Brevundimonas*. Відомо, що представники цих родів можуть виживати в екстремальних умовах і є непатогенними для людей. Також значно зросла кількість мікроорганізмів типів *Firmicutes* та *Bacteroidetes*. Ці типи присутні в більшому обсязі в еякуляті чоловіків, які мають азооспермію.

Висновки: Можна дійти висновку, що мікрофлора еякуляту багата на різноманіття мікроорганізмів як до, так і після вазектомії. Однак до проведеної операції спостерігається більша кількість тих мікроорганізмів, які не є патогенними для людини. Зразки, отримані від пацієнтів після вазектомії, містять більшу кількість бактерій, які є в сім'яній рідині чоловіків, стерильних від народження. Отже, вазектомія чинить вплив не лише на сперматозоїдів, а й на загальний мікробіом еякуляту. Патогенність цього впливу остаточно не з'ясована, проте за прогнозами дослідників вона відсутня або мінімальна.

В.О. Талах

ПРОТЕОСТАЗ ЕНДОПЛАЗМАТИЧНОГО РЕТИКУЛУМУ ЯК КЛЮЧОВИЙ КОНТРОЛЬНИЙ ПУНКТ ПРИ РАКУ

Кафедра медичної біології

О.В. Спрут (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Стрес ендоплазматичного ретикулуму (ЕР) в трансформованих клітинах, що супроводжується порушенням протеостазу є одним з чинників прогресування злоякісних пухлин. Розуміння механізмів цих процесів є підґрунтям підвищення ефективності різних форм імунотерапії раку.

Мета: Проаналізувати, як нестабільність протеостазу ендоплазматичного ретикулуму пов'язана з раковими пухлинами.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій PubMed, PMC, medicine.wustl.edu, <https://www.clinicaloncology.com.ua>.

Результати: Злоякісні клітини використовують різні стратегії, які дають їм можливість процвітати в несприятливих умовах, пригнічуючи розвиток протипухлинної імунної відповіді. Умови мікросередовища в стромі солідних пухлин, такі як дефіцит поживних речовин, обмеження кисню, високий метаболічний попит і окислювальний стрес, порушують здатність ендоплазматичного ретикулуму (ЕР) до згортання білка, тим самим провокуючи клітинний стан «ЕР стресу». Стрес ЕР — це клітинний процес, який виникає внаслідок кількох стресових обставин, таких як накопичення розгорнутих білків у просвіті ЕР або різні ушкодження, які порушують нормальну функцію ЕР. Клітинний стрес, викликаний накопиченням неправильно згорнутих білків в ендоплазматичному ретикулумі, активує складну сигнальну мережу, яка називається відповіддю розгорнутого білка. Відповідь розгорнутого білка (ВРБ) — це внутрішньоклітинна сигнальна мережа, яка контролюється трьома трансмембранними білками ЕР, ферментом 1α , що потребує інозитолу, ЕР-кіназою та активуючим фактором транскрипції. ВРБ контролює стан згортання білків ЕР, забезпечує коригувальні заходи для підтримки гомеостазу ЕР. При легкому або помірному рівні стресу гомеостатичний ВРБ запускає транскрипційні та трансляційні зміни, які сприяють адаптації та виживанню клітин. Якщо ці процеси неуспішні у вирішенні стресу, кінцева програма ВРБ домінує та активно сигналізує про загибель клітини. Постійна активація датчиків стресу наділяє злоякісні клітини

більшою пухлиногенною, метастатичною та стійкою до ліків здатністю. На додаток до ВРБ, кілька інших механізмів сприяють ER протеостазу. Наприклад, шаперони та ко-шаперони відіграють вирішальну роль у згортанні білка, порушення їх регуляції пов'язують із розвитком пухлини. Зміни в метаболізмі ліпідів і передачі сигналів кальцію, які є критичними для підтримки функції ER, є ознаками які можуть спричинити злоякісні новоутворення. Нещодавні дослідження виявили, що відповіді на стрес ER ще більше перешкоджають розвитку захисного імунітету проти раку шляхом маніпулювання функцією міелоїдних клітин у мікрооточенні пухлини.

Висновки: Протеостаз ER є ключовим контрольним пунктом при раку, інгібування стресу ER або елементів, які пов'язані з відповіддю регуляторних білків, може значно підвищити ефективність різних форм імунотерапії раку.

В.О. Талах

ФІЛОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра гістології

О.І. Тереховська (доцент, кандидат медичних наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вивчаючи молекулярні та клітинні механізми, що лежать в основі еволюції нервової системи, дослідники отримують уявлення про те, як диференціюються нервові клітини, та їх взаємодію. Ці знання є визначальними для розробки ліків і терапії для лікування неврологічних розладів, таких як хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз і травми спинного та головного мозку.

Мета: Встановити зміни нервової системи в процесі філогенезу.

Матеріали та методи: Аналіз та систематика наукових публікацій та статей PubMed, Google Scholar.

Результати: Нервова система губок та медуз представлена дифузними мережами взаємопов'язаних нейронів. Така будова дозволяє цим тваринам відчувати навколишнє середовище та реагувати на нього. Більш централізовану нервову систему, що складається з простого мозку та поздовжніх нервових волокон мають плоскі черви. Це дозволило їм збільшити аспект поведінки та рухів. Комахи та ракоподібні мають є складнішою, складний мозок і органи чуття, що дозволяє їм орієнтуватися в складних середовищах і взаємодіяти з іншими організмами. Розвиток спинного та головного мозку у хребетних дозволив їм демонструвати ще більш складну поведінку та когнітивні здібності, такі як вирішення проблем і соціальні взаємодії.

Висновки: Розуміння філогенетичних закономірностей розвитку нервової системи є критичним кроком для розробки ефективних методів лікування розладів нервової системи та розвитку підходів до регенеративної медицини.

Д. О. Темна, М. О. Жила

ЕВОЛЮЦІЯ ПРОТЕЗІВ

Кафедра нормальної фізіології

А. О. Стельмашук (викладач-стажист)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Безумовно, нині тема протезування є досить актуальною та потребує детального вивчення. Все частіше на вулицях можна побачити людей, які втратили кінцівки. Особливо зараз, у зв'язку з війною, яка калічить наших захисників. Відновити частково

функціонування втраченої кінцівки можна завдяки протезуванню, яке з кожним роком вдосконалюється.

Мета: Проаналізувати дані, що стосуються виникнення та подальшого розвитку протезів.

Матеріали і методи: В роботі використовувались наукові журнали та джерела інформації з Інтернету, включаючи PubMed, Scopus і Web of Science.

Результат: Вперше згадка про протез зустрічається в одному з найдревніших священних текстів світу (1700-1100 рр. до н. е), у якому йдеться про войовницю, яка в бою втратила ногу, після чого для неї був виготовлений протез в якості нагороди за її силу духу. Стародавні єгиптяни активно розвивали цю галузь. Вони виготовили протез в період з 950-710 років до н.е. для особи дворянського роду, яка втратила великий палець, що доводять розкопки під час яких була знайдена мумія з цим протезом. Щоправда, він не мав великого функціонального значення, а був створений більше для почуття «цілісності». Першу штучну ногу знайшли під час розкопок в місті Капуя (Італія), яку створили приблизно в 300 р. до н.е. Особливістю протезів того часу є те, що вони не мали великого функціоналу, а виконували лише естетичну функцію. Амбруаз Паре вважається батьком ортопедичних конструкцій. Він першим в 1536 році розробив протези перейшовши з ери естетичних протезів до більш функціональних. З плином часу у галузь протезування було залучено все більше новітніх технологій. Переходячи до теми сучасного протезування, варто згадати про сучасний біонічний протез DEKA Arm – 3, ще одним прикладом є C-Leg, який у своїй конструкції має гідроциліндри, що забезпечують управління згинанням коліна. Також прикладом сучасного протезу кінцівки є i-Limb. Ця модель має спеціально створене програмне забезпечення з яким протез з'єднується через bluetooth, що дає змогу налаштувати штучну кінцівку окремо під кожен організм. Даний вид протезів „зчитує” біоелектричні потенціали з вцілілої частини руки. Іншою новітньою технологією є протез-роборука Esper Hand, розроблена в Україні 2022 року. Працює протез за рахунок наявності 24 датчиків, які забезпечують обробку мозкових імпульсів та м'язової активності. Його особливість полягає у тому, що з часом він вчиться передбачати часто повторювані рухи. Протез отримав дозвіл на продаж у США та був розміщений на обкладинці Time.

Висновок: Протези несуть дуже важливу місію і полегшують життя тим, хто, на жаль, втратив кінцівку. На нашу думку, наука зробила величезний крок вперед, удосконаливши та зробивши протези більш функціональними й тим самим полегшила життя багатьом людям.

П.В.Тимошенко

ВПЛИВ БІОРИТМІВ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

Кафедра нормальної фізіології

О.В.Власенко (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М.Вінниця, Україна

Актуальність: біологічні ритми - частина нашого існування, ми все життя підлаштовуємо під них. Одні люди зранку почувають себе повними енергії, а інші не можуть підвестися з ліжка. Це вже запрограмовано в кожній клітині з народження.

Мета: ознайомлення з актуальними науковими статтями, огляд матеріалів, висвітлення думок вчених та їх досліджень. Вивчення сучасних практичних методик дослідження біоритмів.

Матеріали та методи: аналіз і огляд наукових статей, інтернет ресурсів та досліджень вчених, спостереження, порівняння та моніторинг.

Результати: біоритми - циклічне чергування функціональних станів організму, при збереженні гомеостазу. Нейробіолог М.Волкер пише, що 40% населення – “жайворонки”, 30% - “сови”. Він зазначає, що в “сов”, які встають рано, префронтальна кора, що керує розумовими процесами, залишається фактично у бездіяльному стані. Лікар з “Центру розладів сну” В.Шарма з'ясувала, що “сови” і “жайворонки” мають різні мозкові структури. Дослідження

німецького Інституту неврології та товариства SRBR показало: якщо змінити свої циркадні ритми – починаються розлади настрою, погіршується пам'ять і знижується продуктивність. В дослідженні здоровим людям запропонували спати та харчуватися зі зміщенням на 12 годин, у них підвищився тиск, а деякі наблизились до переддіабетного стану. Намагання “сов” перетворитися на “жайворонків” схоже на зміну часових поясів. Це призводить до прискореного серцебиття, а далі - до ожиріння. Результати лабораторних аналізів показали, що якщо “сови” прокидаються до 7 ранку, вони мають вищий рівень кортизолу, який зберігається впродовж дня. Сон – не єдиний механізм, який адаптований до біодинника. Біля надперехресного ядра, в пінеалоцитах епіфіза, в темну пору доби виділяється гормон мелатонін. Він відповідає не тільки за регуляцію сну та адаптацію організму до зміни часових поясів, а й за координацію багатьох інших важливих процесів в організмі, напр., за нейрогуморальну регуляцію. Дж.Холл, М.Розбах та М.Янг визначили, що коли з надперехресного ядра виділити клітини і перемістити до чашки Петрі, то вони будуть функціонувати за звичним їм ритмом. Результати цих досліджень визначають відповідність активності генетично закладеним біоритмам, а отже, й необхідність чергування роботи і відпочинку.

Висновки: біоритми впливають на сталість внутрішнього середовища та функціонування основних фізіологічних систем організму. З утворення кожна клітина має свій час функціонування: одні клітини активні вночі, інші вдень. При нормальній роботі організму ці ритми циклічні. Можна почати прокидатися раніше або снідати пізніше, але організм все одно буде працювати за своїм природним режимом.

У.А. Тітарова, Є.О. Філонова

ПАТОГЕНЕЗ АУТОІМУННОГО ГЕПАТИТУ: КЛІТИННІ ТА МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ

Кафедра патологічної фізіології

М.А. Березняк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поширеність АІГ серед європейців становить 16-18 випадків на 100 тис. населення. Летальність від не діагностованого АІГ протягом 5 років становить 50%, протягом 10 – до 90%. Тому визначення основних патофізіологічних механізмів є дуже важливим для вчасної діагностики та лікування даної патології.

Мета: Оцінити основні клітинні й молекулярні механізми розвитку аутоімунного гепатиту.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines, систематизація та статистичний метод.

Результати: Аутоімунний гепатит — захворювання, що характеризується імуноопосередкованим пошкодженням гепатоцитів, внаслідок чого виникає запалення, печінкова недостатність і фіброз. Залежно від наявності антитіл виділяють 3 типи: I - в крові наявні антинуклеарні, антигладком'язові та антинейтрофільні антитіла (ANA, SMA, pANCA); II - антитіла до мікросом печінки і нирок (анти-LKM-I); III - антитіла до печінкового й гепатопанкреатичного антигену (анти-SLA та анти-LP). Патогенез хронічного запалення в печінці полягає у активності лімфоцитів, макрофагів та стромальних клітин, які секретують IFN γ , TNF α та інші прозапальні цитокіни. Поглинання антигенів резидентними незрілими дендритними клітинами (DC) печінки сприяє їх дозріванню і міграції в периферичні лімфовузли, де вони діють як антигенпрезентуючі клітини (APC). Крім того, DC, гепатоцити, клітини Купфера та синусоїдні ендотеліальні клітини можуть презентувати антигени до CD8+ Т-клітин. Презентація антигену також може відбуватися в печінці. Це веде до залучення клітин Th1, Th2 і Th17, що ініціюють каскад імунних реакцій залежно від цитокінів, які вони вивільняють. Клітини Th1 секретують IL-2 і IFN γ , стимулюючи CD8+ клітини, експресію HLA

класу I, HLA класу II на гепатоцитах. Ці процеси опосередковують активацію макрофагів, які вивільняють IL-1 і TNF α . Клітини Th2 виробляють IL-4, IL-10 та IL-13, індукуючи дозрівання В-клітин у плазматичні клітини, відповідальні за вироблення аутоантитіл. Вони і беруть участь в антитілоопосередкованій клітинній цитотоксичності і активації комплементу. Клітини Th17 продукують IL-17, IL-22, TNF α та ліганд хемокіну (CCL-20). Локалізовані T-reg клітини в печінці контролюють ефекторні клітини, обмежуючи ураження печінки, оскільки вони опосередковують дію цитотоксичних Т-лімфоцитів, Th1, Th17, макрофагів, природних клітин-кілерів (NK) і активацію комплементу. Як і інші аутоімунні захворювання печінки, АІГ пов'язаний з аномаліями шляху Th17, що підтверджується більшою частотою виявлення Th17, IL-17 та IL-23 у печінці та сироватці крові у хворих на АІГ.

Висновки: АІГ залишається клінічно та діагностично складним захворюванням. Подальше розуміння клітинних і молекулярних механізмів, які зустрічаються при АІГ, може відобразити їхній вплив на клінічні аспекти, виявити біомаркери.

У.А. Тітарова, Є.О. Філонова

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ МЕНЕТРИЄ

Кафедра патологічної анатомії

О.В. Федорченко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Менетріє – рідкісний розлад, що характеризується надмірним розростанням слизпродукуючих клітин у слизовій оболонці шлунку, що призводить до появи великих (близько 3 см заввишки) шлункових складок, супроводжується зниженою секрецією соляної кислоти та гіпоальбумінемією. Захворювання вимагає негайної діагностики та лікування, щоб уникнути ускладнень та смертності, пов'язаної з ним.

Мета: описати морфологію та основні патофізіологічні механізми розвитку хвороби Менетріє.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines, систематизація та статистичний метод.

Результати: Дослідження демонструють співіснування хвороби Менетріє з інфекціями *H. pylori*, ЦМВ, простим герпесом, ВІЛ, *M. pneumoniae*, а також з неспецифічними запальними захворюваннями, включаючи виразковий коліт. Усі вони виступають подразниками, і як наслідок, викликають надмірну експресію трансформуючого фактора росту (TGF)-альфа в поверхневому епітелії шлунка, що відіграє певну роль в етіопатогенезі захворювання. Посилення сигналізації рецепторів епідермального фактора росту (EGFR), який є ефектом підвищеного виробництва TGF-альфа, призводить до проліферації епітеліальних клітин слизової оболонки. TGF-альфа є лігандом, який активує EGFR і стимулює ріст епітеліальних клітин. Їх надлишок виробляє рясну кількість слизу. Гіперсекреція слизу призводить до порушення всмоктування поживних речовин, електролітів і вітамінів у тонкому кишківнику. Порушення засвоєння основних поживних речовин проявляється клінічним синдромом гастропатії з втратою білків. Під дією TGF-альфа також відбувається зниження вироблення хлоридної кислоти шляхом прямого впливу на парієтальні клітини та опосередковано через стимуляцію вивільнення соматостатину. При ендоскопії виявляється значне збільшення шлункових складок, набряк слизової, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. При гістопатологічному дослідженні виявляють фовеолярну гіперплазію, зменшення парієтальних (кислотопродукуючих) і головних (пепсиноген-продукуючих) клітин, а також виражене кістозне розширення залоз в нижніх відділах слизової та підслизової оболонки. Запальний інфільтрат складається переважно з еозинофілів і плазматичних клітин. Ризик малігнізації при хворобі Менетріє становить від 8 до 40% від рівня захворюваності.

Висновки: Оскільки запалення мінімальне або його немає, хворобу Менетріє варто класифікувати як гіперпластичну гастропатію, а не як форму гастриту. Дане захворювання

слід розглядати як передраковий стан через його співіснування з раком шлунка. І тому необхідно контролювати ураження за допомогою регулярних ендоскопічних та біопсійних досліджень.

О.Т. Ткаченко, І.В. Заказнікова
**ПОРІВНЯЛЬНА МОРФОЛОГІЯ ВСТАВНИХ ПРОТОК ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ
СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ ТА ЩУРІВ**

Кафедра анатомії людини
В.П. Білаш (к.б.н., доцент)
Полтавський державний університет
м.Полтава Україна

Актуальність. Вивчення морфології структурних компонентів великих слинних залоз є актуальною медико-біологічною проблемою, з урахуванням широкого розповсюдження їх захворювань. Для встановлення діагнозу при патологічних процесах піднижньощелепних слинних залоз (ПЩСЗ) людини потрібні більш чіткі знання щодо морфологічної будови вивідних проток, при їх нормальному функціонуванні. Дослідження потребує підбору найбільш відповідного до організму людини виду лабораторних тварин, які можуть слугувати для використання результатів досліджень на організм людини.

Мета роботи. Визначити та підібрати найбільш подібний до організму людини біологічний зразок лабораторних тварин для експериментальних досліджень і моделювання патологічних станів.

Матеріал та методи. Під час дослідження використовували ліві ПЩСЗ людини та щурів відповідно до біоетичних норм проведення експериментальних досліджень. У лабораторних щурів під тіопенталовим наркозом вилучали ліву ПЩСЗ із метою подальшого збереження життя тварини. Згодом у нейтральному розчині формаліну фіксовані фрагменти ПЩСЗ ущільнювали у парафін та епоксидну смолу. Виготовлені з парафінових блоків гістологічні зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином для оглядових зрізів, а з епоксидних блоків виготовляли ультра тонкі зрізи для подальшого електромікроскопічного дослідження. Після вивчення оглядових зрізів проводили мікроскопію за допомогою світлового мікроскопа Biorex з цифровою мікрофотонасадкою DCM 900.

Результати. Протокова система ПЩСЗ людини морфологічно побудована з комплексу проток: вставних, посмугованих, міжчасточкових, які зливаючись утворювали загальну вивідну протоку. Вставні протоки на світлооптичному рівні були першою ланкою і безпосередньо продовжували білкові і змішані кінцеві секреторні відділи. Середні лінійні розміри структурних компонентів вставних проток становили: середня висота епітеліоцитів складала $(6,51 \pm 0,26)$ мкм; середній розмір перипротокових міоепітеліоцитів дорівнював $(1,49 \pm 0,04)$ мкм; середня товщина базальної мембрани складала $(33,34 \pm 0,71)$ нм. По периферії вставних проток візуалізувалась базальна мембрана.

Вставні протоки в ПЩСЗ щурів починались безпосередньо від ацинарних відділів і були вистелені кубічним або плоским епітелієм. За нашими дослідженнями, середня кількість епітеліоцитів вставних проток щурів становила $4,05 \pm 0,16$, а їх середня висота складала $(2,48 \pm 0,02)$ мкм. Середня кількість міоепітеліоцитів вставних проток складала $(0,6 \pm 0,13)$, а їх середній розмір дорівнював $(2,48 \pm 0,02)$ мкм. Середня товщина базальної мембрани, яка оточувала вставні протоки, дорівнювала $(19,74 \pm 0,13)$ нм. На відміну від інших досліджених лабораторних тварин, у часточках ПЩСЗ щурів виявляються чисельні гранулярні протоки.

Висновки: Різниця будови вставних проток ПЩСЗ людини та лабораторних щурів полягає лише в кількісному співвідношенні структурних компонентів та їх лінійних розмірів. Протокова система ПЩСЗ щурів додатково представлена гранулярними протоками, які відсутні в ПЩСЗ людини.

В.В. Ткачук
**ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ
ПІСЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ДИСТАНЦІЙНОГО
НАВЧАННЯ**

Кафедра нормальної фізіології
Т.І. Борейко (к.мед.н., доц.),
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: зміна умов навчання за останні два роки (карантинні заходи, дистанційне навчання, воєнний стан) впливають на якість життя студентів, їх емоційний стан. Важливо встановити особливості адаптації студентів-медиків у нових умовах в залежності від особливостей їх типу нервової системи.

Мета дослідження: 1) визначити, який тип нервової системи переважає у студентів медичного вузу, та з яким типом вони будуть найлегше адаптуватись до навчання в теперішніх умовах; 2) встановити рівень тривожності майбутніх лікарів; 3) порівняти динаміку когнітивних процесів та успішність студентів-медиків за останні два роки.

Матеріали та методи: у дослідженні, брали участь 50 студентів другого курсу ВНМУ ім. М. І. Пирогова. З використанням платформи Google form було проведено анкетування для визначення типу нервової системи та рівня тривожності за Айзенком у цих студентів у 2021-2022 і 2022-2023 навчальних роках.

Результати: встановлено, що у 82% респондентів спостерігається низький рівень тривоги, у 16% - середній і тільки у 2% - високий рівень тривоги. З'ясовано, що 38,7% студентів є амбівертами, з них 29% - мають холерико-меланхолічний тип нервової системи, а 13% мають сангвініко-флегматичний. 35,5% респондентів є екстравертами та мають позитивні погляди й думки стосовно подій, пов'язаних з війною та великим розумовим навантаженням, а 25,8% - інтровертами, та мають депресивний настрій й складно адаптуються до навчання у важкому сьогоденні. Варто наголосити на тому, що підвищився рівень розумової виснаженості респондентів і тепер становить 46,1%, що на 5,6% більше, ніж у попередньому дослідженні.

Висновки: Отримані результати та дані літератури з інформаційних платформ «Scopus», «Web of Science», «Google Scholar» і «PubMed» дозволяють стверджувати, що події двох останніх років не мають сильного впливу на психофізіологічний розвиток та нервову систему в цілому. У студентів-медиків переважає поєднання ознак екстраверсії та інтроверсії, тобто амбівертизм. Саме цей тип нервової системи є найбільш пластичним для адаптації в умовах великого психічного та розумового навантаження в медичному вузі. У порівнянні з минулорічними дослідженнями оцінки когнітивних функцій у студентів медичного університету динаміка процесів залишається у нормі, проте є різниця інтелектуальної виснаженості респондентів.

М. В. Токарчук
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УВАГИ
Кафедра нормальної фізіології
Т. П. Рисинець (к.псих.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
М. Вінниця, Україна

Актуальність: Увага-один з психічних процесів головного мозку, який дає змогу зосереджуватися для отримання інформації з навколишнього світу. За допомоги уваги ми безпосередньо сприймаємо інформацію і маємо можливість далі обробляти та аналізувати отриманий матеріал. Чинники (як внутрішні, так і зовнішні), впливаючи на діяльність

головного мозку, можуть пригнічувати процес уваги, і тим самим – порушувати всі вищевказані процеси. Зрозумівши пріоритетність цього процесу, виникає потреба здійснення профілактики та зміцнення усіх потрібних компонентів уваги.

Мета: Ознайомлення з поняттям «увага» та її фізіологічними основами, загальною характеристикою, видами, а також зі складовими процесу та методами дослідження. Пояснити пріоритетність даного виду психічного процесу головного мозку.

Матеріали та методи: Використаний матеріал в цифровому форматі з різних джерел пошукової системи Google. Матеріал був оброблений з використанням літератури з нормальної фізіології.

Результати: Увага – психічний процес, який виявляється у здатності людини зосереджувати її свідомість на певних об'єктах, що мають значення. Для виникнення уваги, необхідно виокремити об'єкт, зосередитися на ньому, відволікаючись від зовнішніх подразників. Об'єктом уваги може стати як зовнішній світ, так і психічна діяльність людини (думки, переживання, відчуття). Усвідомлення навколишнього світу має вибіркового характеру, а залежить ця особливість від людини: одні предмети і явища, що пов'язані з людиною – сприймаються людиною одразу і чітко, а інші – відповідно стають другорядними. Фізіологічною основою уваги є ретикулярна формація, скупчення нервових клітин, що концентрується у стовбуровій частині мозку. Ретикулярна формація характеризується комплексом кількох систем, одна з котрих орієнтована на активацію орієнтувального рефлексу. Виділяють мимовільну та довільну увагу. Мимовільна увага не контролюється свідомістю людини і здійснюється за допомогою орієнтувального рефлексу. Довільна ж навпаки – контролюється свідомо, спрямована переважно на контроль поведінки, вибірково активність. Додатково виділяють чуттєву та інтелектуальну увагу, зовнішню та внутрішню увагу, групову та інтелектуальну увагу. Увага характеризується такими особливостями як: стійкість, концентрація, обсяг, розподіл та переключення. Психофізіологічно увагу можна дослідити, використовуючи апарати «Мнемотест», «Рітмотест». З психологічних методик більш поширені різні варіанти коректурних проб, рахунок за Крепеліним, таблиць Шульте, почергове додавання/віднімання.

Висновки: Увага – є важливим процесом, оскільки є первинним етапом сприймання інформації навколишнього світу. Без уваги не відбудеться подальша обробка і аналіз отриманої інформації.

Б.А. Федор

РОЛЬ ТИМУСА В ПАТОГЕНЕЗІ МІАСТЕНІЇ ГРАВІС

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Піліпонова (доцент, к.мед.н.)

М.А. Березняк (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворюваність на міастенію Гравіс (МГ) складає від 1,7 до 10,4 випадків на 100 тис. населення в рік, а в США досягає 20 випадків на 100 тис. населення в рік. Відповідно даним державного експертного центру МОЗ України (2022) частота даної патології коливається від 0,3 до 2,8 на 100 тис. населення, а у всьому світі хворіють більше ніж 700 тис. людей. Поширеність захворювання протягом останнього десятиліття стрімко зростає, головним чином у літніх людей, незважаючи на значний прогрес у діагностуванні та лікуванні. Тому вивчення сучасних ланок патогенезу, а також ролі органів імунної системи у розвитку МГ має надзвичайне значення.

Мета: Вивчити основні патогенетичні ланки МГ, оцінити асоціацію патології тимуса у патогенезі МГ, сформувати основні напрямки етіотропної та патогенетичної терапії.

Методи та матеріали: Проведено ретроспективний аналіз публікацій «PubMed», «Google Scholar», «Scopus» за останні 5 років.

Результати: МГ поділяється на ранню (РМГ), пізню (ПМГ) (відповідно у пацієнтів молодше і старше 45 років) та тимомо – асоційовану (ТМГ), що не має прив'язки до віку. Близько 70 % пацієнтів на РМГ демонструють лімфофолікулярну гіперплазію тимуса, внаслідок чого міоїдні клітини тимуса, що подібні до клітин скелетних м'язів починають представляти специфічний тригерний комплекс МНСII, що активує CD4⁺ Т-лімфоцити, та подальшу активацію клітин, що беруть участь в утворенні імунних комплексів, активація В-лімфоцитів та синтез специфічних антитіл. При ТМГ зменшується кількість міоїдних клітин і відповідно не формується толерантність до них, що сприяє синтезу антитіл, які діють за аналогічним механізмом, що і при ранній формі. Крім того при тимомомах підвищується продукція Т-наївних лімфоцитів, що також сприяє виникненню аутоімунного процесу. У периферичній лімфатичній тканині вони стимулюють реакцію патогенних В-клітин. При ПМГ гістологічно тимус не змінений. У 80% хворих синтезуються антитіла до АChR (IgG1 та IgG3), здатні активувати комплемент і, отже, спричиняти пошкодження постсинаптичної мембрани та блокувати сигнальний шлях, конутрентно зв'язуючись з рецепторами. Антитіла MuSK (IgG4) не здатні активувати комплемент. Зв'язуючись з MuSK, антитіло порушує формування комплексу агрин-LRP4-MuSK і внаслідок цього зменшується кластиризація та експресія АChR. Утворенні антитіла при МГ здатні уражувати наступні структури та ферменти м'язового волокна: ацетилхолінові рецептори, ріанідинові рецептори, LRP4, м'язова кіназа.

Висновок: Таким чином доведено, що в основі МГ асоційованій із патологією тимусу лежать імунологічні механізми пошкодження гуморального типу, порушення в рецепторному апараті. Специфічна терапія залежить від форми МГ: для ранньої допустима медикаментозна терапія (імуносупресори, інгібітори ацетилхолінестерази), для пізніх і тимомо-асоційованих форм рекомендують проведення плазмоферезу та тимектомій.

В.В. Федотова

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЛАНОК ПОРУШЕННЯ СУДИННО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗУ. СИНДРОМ БЕРНАРА – СУЛЬЄ

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Піліпонова (зав.кафедри, к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Порушення судинно-тромбоцитарного гемостазу займають провідне місце в загальній патології людини і можуть проявлятися як самостійними захворюваннями, такими як синдром Бернара-Сул'є (BSS), хвороба фон Віллебранда (VWD), так і вторинними ускладненнями інших захворювань, наприклад ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП)). За даними ВООЗ, поширеність BSS складає один на мільйон. Однак через складну діагностику поширеність може бути набагато вищою за оціночне значення. BSS діагностують як серед жінок, так і серед чоловіків, переважно європеїдної раси. За поширеністю BSS займає третє місце серед тромбоцитопатій, поступаючись лише ІТП та VWD. Оскільки хвороба широко не визнається, її нечасто діагностують на ранніх етапах життя. Отже, для раннього виявлення захворювання необхідно вивчити сучасні патогенетичні ланки розвитку BSS.

Мета. Дослідити особливості патогенетичних ланок порушення судинно-тромбоцитарного гемостазу при синдромі Бернара-Сул'є.

Метаріали та методи. Пошук та аналіз публікацій з інтернет-ресурсів Scopus, Medline, PubMed.

Результати. Порушення судинно-тромбоцитарного гемостазу може виникати внаслідок дисфункції рецепторного апарату, а саме рецептор, що зв'язує фактор Віллебранда (VWF)

може бути відсутній або не функціонує належним чином, внаслідок чого тромбоцити не приклеюються до пошкодженої стінки кровоносної судини, властивим їм способом (внаслідок адгезії та агрегації), що ускладнює утворення кров'яного згустку. BSS виникає внаслідок генетичних мутацій, що кодують GPIIb- α , GPIIb- β і GP-IX, які є три з чотирьох субодиниць, що утворюють комплекс GPIIb-IX-V. Цей комплекс експресується на поверхні тромбоцитів. Полегшуючи адгезію тромбоцитів до субендотелію, GPIIb-IX-V призводить до утворення тромбу коли судинний субендотелій оголюється або бляшка розривається. Найважливішою функцією комплексу GPIIb-IX-V є зв'язування з VWF та ініціювання сигнального каскаду, який активує інтегрин тромбоцитів GPIIb-IIIa, що призводить до їх агрегації. Однак для повної активації тромбоцитів потрібний також сигнал через тромбоксан A2 і АДФ-залежний сигнальний шлях. N-кінець GPIIb- α відіграє вирішальну роль у опосередкованій тромбоцитами судинно-тромбоцитарній реакції, забезпечуючи сайти зв'язування з високомолекулярним (HMW) кініногеном, факторами XI (плазмовий попередник протромбінази) і XII (фактор Хагемана) і α -тромбіном. GPIIb-IX-V також відіграє важливу роль у підтримці форми та розмірів тромбоцитів, з'єднуючи поверхню тромбоцитів із підмембранною мережею актинових ниток, скелетом мембрани тромбоцитів.

Висновки. Враховуючи всі функції комплексу GPIIb-IX-V, можна зрозуміти, що мутація в кодуючих генах може призвести до зниження активації тромбоцитів, дефектної адгезії та, як наслідок, недостатньої здатності утворювати тромби. На додаток до цього, дефекти в комплексі також відіграють ключову роль в формуванні тромбоцитів, неправильної форми та збільшених у розмірах, у пацієнтів з BSS.

В.В. Федотова

ПЕРВИННА ВІЙКОВА ДИСКІНЕЗІЯ: СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Піліпонова (зав.кафедри, к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією із провідних причин смерті у світі та в Україні, зокрема. За даними Інституту фтизіатрії та пульмонології АМН близько 9% населення України страждають на ХОЗЛ, що, за прогнозами, впродовж наступних десятиліть збільшуватиметься, враховуючи згубний вплив факторів навколишнього середовища на здоров'я населення.

Мета. Дослідити патогенетичні механізми розвитку емфіземи легень та встановити їх взаємозв'язок з тютюнопалінням.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз наукової літератури з інтернет-ресурсів MedScare, Scopus, Medline, PubMed.

Результати. В основі розвитку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) лежить первинна війкова дискінезія, що характеризується дефектами функціонування війкового апарату (цилій) верхніх та нижніх дихальних шляхів, порушенням мукоциліарного бар'єру, що призводить до формування емфіземи легень, розвитку бронхіальної обструкції. Провідним фактором, у розвитку даного захворювання є довготривале тютюнопаління (індекс паління – 10-20 пачко-років), а також пасивне тютюнопаління. Внаслідок впливу тютюнового диму, вражаються легеневий епітеліальний клітинний бар'єр та мукоциліарна транспортна система, після чого відбувається реакція запальних імунних клітин (включаючи поліморфноядерні клітини, еозинофіли, макрофаги, CD4+ та CD8+ лімфоцити), що, в свою чергу, транспортують антигени до шару лімфатичної тканини бронхів. Запальні імунні клітини концентруються у великих кількостях в різних ділянках легень, утворюючи запальні інфільтрати. Активовані клітини запальних інфільтратів вивільняють біологічно активні речовини, в першу чергу лейкотрієн B4, IL-8, що здатні пошкоджувати структури легень або

підтримувати запалення з утворенням нейтрофільних інфільтратів, що супроводжується вивільненням з них гранул, багатих різними клітинними протеазами (еластазою нейтрофілів, протеїназою) та вільних радикалів перекису водню, в результаті чого відбувається пошкодження епітеліального бар'єру легень та втрата еластичності легеневої тканини. Втрата еластичних волокон в стінках альвеол, які оточують бронхіоли, зменшує їх радіальне зчеплення і призводить до того, що під час видиху альвеоли спадаються. Це викликає функціональну обструкцію дихальних шляхів та підвищення повітряності легень, за рахунок руйнування перетинок між альвеолами.

Висновки. Таким чином, шкідливі звички, професійні чинники, забруднення атмосферного повітря, генетичні фактори, можуть викликати дефекти функціонування війкового апарату та враження мукоциліарного бар'єру легеневої тканини, що призводить до розвитку хронічного обструктивного захворювання легень та емфіземи легень.

М. М. Човгун

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ РЕЄСТРАЦІЇ В ПОЛОЖЕННІ СИДЯЧИ Й ЛЕЖАЧИ

Кафедра нормальної фізіології

О. В. Власенко (асистент кафедри нормальної фізіології)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. При використанні методу аналізу варіабельності ритму серця (ВРС) з метою оцінювання стану автономної нервової системи (АНС) необхідно враховувати умови, при яких здійснюється дослідження. На кафедрі нормальної фізіології члени студентського наукового гуртка розпочали дослідження ВРС з використанням нового сучасного обладнання. Аналізуються 70 груп даних. Серед них – показники ВРС при реєстрації в положенні сидячи й лежачи. Публікацій результатів, які отримані на аналогічному обладнанні, особливо при обстеженні молодих здорових осіб, практично немає.

Мета. Метою нашого дослідження було вивчити відмінності показників ВРС у здорових студентів-медиків при реєстрації в положенні сидячи й лежачи.

Матеріали та методи. Дослідження виконано за допомогою обладнання VNS-Analyse фірми Commit GmbH. Статистичне опрацювання та візуалізація отриманих даних виконано також програмним забезпеченням фірми Commit GmbH. Нами обстежено 14 дівчат та 14 чоловіків (студенти 2 курсу ВНМУ ім. М. І. Пирогова, вік 18-20 років). Реєстрацію ЕКГ проводили в спокої в положенні сидячи й лежачи. Аналізувалися тривалості 260 R-R інтервалів. Автоматично створювалася база даних кожного обстежуваного. Було розраховано наступні показники: HF – частота серцевих скорочень (ЧСС), SDNN – оцінка взаємодії між симпатичною та парасимпатичною нервовою системами, RMSSD – оцінка тону парасимпатичної нервової системи, SI – оцінка тону симпатичної нервової системи (стресовий індекс), DFA alpha1 – оцінка індексу ризику.

Результати. Нами встановлено, що в положенні лежачи ЧСС (HF) перевищувала норму лише в одного юнака і двох дівчат. У той час, як в положенні сидячи перевищення було у 8 юнаків і 5 дівчат. Аналогічна закономірність встановлена при оцінці тону симпатичної нервової системи (SI) - в положенні сидячи перевищення було в 11 юнаків і 9 дівчат а в положенні лежачи перевищення зареєстровано лише в однієї дівчини. Цікаво, що індекс ризику (DFA alpha1) в положенні лежачи був нижче норми у 8 юнаків і 4 дівчат при тому, що у 2 юнаків і 2 дівчат з них положенні сидячи було перевищення норми. При оцінюванні взаємодії між симпатичною та парасимпатичною нервовою системами (SDNN) суттєвої різниці в показниках не встановлено.

Висновки. Таким чином, виявлено суттєвий вплив положення (сидячи чи лежачи) на ВРС у обстежених. Виражений вплив положення має на ЧСС і стресовий індекс. Такі зміни ВРС в

положенні лежачи можна пояснити активацією парасимпатичної частини АНС. Слід звернути увагу студентської молоді на те, що фізична тренуваність зменшує вираженість таких реакцій. Отримані факти про вплив положення на показники ВРС необхідно враховувати під час діагностичних обстежень у пацієнтів з серцево-судинною патологією.

С.А.Шабелян

ЗВ'ЯЗОК ГРУПИ КРОВІ ЛЮДИНИ З РИЗИКОМ ЗАРАЖЕННЯ НА COVID-19

Кафедра медичної біології

О.В. Спрут (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: У грудні 2019 року у Китаї стався випадок спалаху коронавірусної хвороби, що спричинена вірусом SARS-CoV-2, який був визнаний ВООЗ пандемією ХХІ століття. Вчені з усього світу активно працюють над знаходженням рішення цієї проблеми : проводиться багато досліджень, що дають змогу зменшити смертність та полегшити перебіг хвороби.

Мета: Проаналізувати результати досліджень науковців різних країн щодо впливу групи крові на перебіг коронавірусної хвороби.

Матеріали та методи: Аналіз статей у наукових журналах The New England journal of medicine, Annals of Internal Medicine, Made for minds, ScienceDirect, New Voice.

Результати: Вчені Великобританії, Сполучених Штатів Америки, Бразилії, Індії, Німеччини, Китаю опублікували ряд наукових статей щодо впливу групи крові на сприйнятливості до коронавірусної хвороби та її перебіг, в яких зазначено, що люди з I групою крові найменш сприйнятливі до зараження даним вірусом, в той час як люди з II групою крові мають найважчий перебіг хвороби. Що ж стосується III та IV груп крові, то пацієнти не показують чітку тенденцію щодо перебігу COVID-19 і у контексті досліджень перебувають між людьми з I та II групами крові. У дослідженнях взяли участь більше двох мільйонів хворих з усього світу. Дослідники виявили, що ця вірусна інфекція використовує білкові комплекси RBD (англ. Receptor Binding Domain) для зв'язування з клітинами господаря. Цей білковий комплекс найчастіше зв'язується з клітинами людей з II групою крові, підвищуючи ризик інфікування. Крім того, були вивчені геноми двох тисяч жителів Іспанії та Італії, які хворіли важкою формою COVID-19 і виявлено, що дві мутації ДНК найбільше вплинули на перебіг хвороби. Перша мутація відбувається в гені SLC6A20 і вона збільшила ризик тяжкого перебігу захворювання у 1,77 разів, а друга - в тій частині геному, яка визначає групу крові людини і вплинула на те, що ризик важкої форми збільшився ще у 1,32 рази. Науковці наголошують, що їхні результати не можуть остаточно передбачити, як буде прогресувати COVID-19 у пацієнтів з різними групами крові, оскільки тяжкість захворювання залежить від багатьох факторів, їх дослідження, які проводились впродовж 2019-2021 рр. вказують на те, що група крові впливає на сприйнятливості людини до коронавірусної інфекції. Наразі робота вчених не припиняється. У 2022 році американський науковий журнал «Jama Network» опублікував статтю, в якій американські дослідники заперечили самі собі і заявили, що група крові не пов'язана з ризиками COVID-19. Але такі висновки зробили тільки американці, інші ж науковці дотримуються своїх попередніх висновків.

Висновки: Впродовж 2019-2022 років вчені всього світу досліджували, аналізували та спостерігали, чи впливає група крові на процес зараження COVID-19 та на перебіг даної хвороби. Їх висновки схожі між собою, проте остаточно результату на даний момент не існує.

О. О. Шевчук, М. І. Дяченко
АМІЛОЇДОЗ СЕРЦЯ
Кафедра патологічної анатомії
А.Г. Скорук (асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. В основі системного амілоїдозу лежить порушення метаболізму протеїнів, внаслідок чого у тканинах різних органів відкладається характерний патологічний білковий матеріал. Останні дослідження показують, що в осіб старше 80 років, спостерігається відкладання амілоїду, більше як у 20% випадків.

Мета: розглянути амілоїдоз не як системне захворювання, а як окрему патологію серця.

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури, щодо амілоїдозу, досліди іноземних вчених в електронному форматі в пошуковій системі GoogleChrome.

Результати дослідження: ураження серця амілоїдозом починається з того, що патологічний білковий матеріал спочатку відкладається фокально в субендокардіальних відділах, а також у межах міокарда між м'язовими волокнами.

Найчастіше зустрічається AL-амілоїдоз та ATTR, причиною першого є дискразія плазмових клітин, як наслідок надмірне утворення легких ланцюгів імуноглобуліну, які згодом неправильно складаються і агрегують у нерозчинну β -складчасту вторинну структуру амілоїдних фібрил AL. Білком-попередником амілоїдозу ATTR є транстиретин, дестабілізація гомотетрамерної структури якого призводить до розпаду на димери і мономери, які схильні до агрегації та утворення фібрил.

Макро- та мікроскопічна картина: серце може бути збільшеним з твердим і злегка прозорим міокардом, ендокард із зернистим виглядом, що вказує на відкладання амілоїду. Також характерним є потовщення та/або розширення різних відділів серця, зокрема клапанів. Наявність жовто-охристих, блідо-коричневих бляшок свідчить про відкладання амілоїду. Також характерне «яблучно-зелене» подвійне променезаломлення плями Конго червоного під поляризованим світлом.

Лікування відрізняється залежно від типу наявного амілоїдозу. При AL-формі основною метою є зниження концентрації легких ланцюгів, за рахунок знищення аномальних клітин, що виробляють ці ланцюги. Для цього використовують хіміотерапевтичні засоби з подальшою трансплантацією КМ для відновлення нормальних клітинних ліній. Нові дані свідчать про те, що ортотопічна трансплантація серця з подальшою трансплантацією мелфалану та стовбурових клітин дає результати, подібні до трансплантації серця без показань до амілоїдозу серця. Для лікування ускладнень використовують мідодрин при вегетативній нейропатії, аміодарон для запобігання виникненню фібриляції пересердь та варфарин після кардіоеMBOLІчного епізоду. Лікування ATTR-форми: останніми роками відбулися розробки в лікуванні сімейного/транстиретинового амілоїдозу серця, включаючи методи придушення вироблення транстиретину, стабілізації амілоїдних фібрил і ліків, які можуть руйнувати вже існуючі фібрили. При сімейному амілоїдозі можна призначати інгібітори АПФ і бета-блокатори, якщо немає вегетативної нейропатії.

Висновок. Амілоїдоз може призводити до необоротних процесів у серці, тому рання діагностика та лікування даного захворювання може запобігати розвитку гіпертрофії міокарда, порушенню скоротливої здатності, розвитку хронічної недостатності кровообігу, аритміям тощо.

М.Ю. Шекера
**ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ М.І.ПИРОГОВА НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ ТА ФІЛОСОФІЯ
ЙОГО ПОЛІТИКО – ПЕДАГОГІЧНИХ ПОГЛЯДІВ**

Кафедра медичної біології
А.В.Білошицька (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діяльність М. І. Пирогова залишила свій відбиток у розвитку педагогічної галузі. Його праця принесла велику користь Україні у другій половині XIX століття. Під його покровительством люди отримали можливість стати науковцями та мали захист від царя та уряду.

Мета: Розповісти про діяльність Пирогова, його вклад у розвиток педагогічної галузі у другій половині XIX століття та довести ефективність та актуальність його методів роботи.

Матеріали та методи: Довідково-історична література, інтернет джерела їх аналіз. Огляд Національного музею-садиби М.І. Пирогова.

Результати:

Микола Пирогов народився 1810 в сім'ї московського канцеляриста у Москві. Мати вченого була з козацько-старшинського роду. Ріс і жив в середовищі дворянства і купців. Був прихильником ліберально-українських рухів. Початкову освіту отримав вдома від батьків. В 14 років вступив до Московського державного університету на медичний факультет. Стає кращим студентом свого курсу. Багато читає. У 18 років став хірургом. У 1832 році захищає дисертацію на тему: «Является ли перевязка брюшной аорты при аневризме паховой области легко выполнимым и безопасным вмешательством». Протягом 1833 – 1835 років стажується за кордоном. З 1836 по 1840 року завідує кафедрою хірургії в Дерптському університеті. У 1837 році видається його робота на тему: «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций». Продовжує розвиватися в медичній галузі, лікує безоплатно, за деякі випадки доплачує. Також розвивається як педагог, підтримує дружні відносини зі студентами. У 1841 році став професором Санкт-Петербурзької медико-хірургічної академії. У 1847 році проводить перші 2 операції під ефірним наркозом. Під час Кавказької та Кримської війни проводить подібні операції. Після війни звільняється з Медико-хірургічної академії. Стає попечителем Одеського учбового округу. У 1851 році отримує другу Демидівську премію. Першим запропонував додати у навчальну програму викладання гігієни. Підвищує рівень грамотності серед населення, відкриває недільні школи, організовує літературні вечори. 1857 року студенти за підтримки Пирогова видають власний збірник. Місцеві чиновники використали його ліберально-демократичні погляди як компромат на вченого. У 1858 році був переведений на ідентичну посаду в Київських округ. Продовжує писати та влаштовує дискусії, щодо нових методів викладання. Здійснює інспекторські перевірки стану навчальних закладів. Сприяє послабленню утисків поляків та польської мови. Чиновники пишуть доноси щодо його ліберально-демократичних поглядів. Пирогов 1861 року подав у відставку. Останні роки життя провів у маєтку у Вишні (Вінницька область), пише автобіографію і лікує людей. Помер 05.12.1881 у Вишні.

Висновки: Отже, педагогічна діяльність Миколи Івановича Пирогова, його методи управління Одеським та Київським округом – це все варте уваги та безперечно внесло свій вклад у розвиток науки та наукових установ в Україні XIX століття. Його працями користуються і досі.

Є.М. Мельник, М.Ю. Шекера
ОРФАННА ХВОРОБА, ЯКА ЗНЕРУХОМЛЮЄ ЛЮДИНУ
Кафедра анатомії людини
І.Д. Кухар (д.мед.н., професор)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Прогресуючий осифікуючий міозит є рідкісною (1 на 2 млн.) генетичною хворобою і призводить до інвалідизації, а згодом до смерті пацієнта. Шлях до встановлення діагнозу, зазвичай, займає кілька років у зв'язку з низькою розповсюдженістю патології та клінічною подібністю до ортопедичних чи онкологічних захворювань. На сьогодні ця хвороба є невиліковною, але у світі тримають клінічні випробування препаратів, що дозволять призупинити процес осифікації.

Мета: Вивчити особливості початку та динаміки розвитку прогресуючого осифікуючого міозиту. Дослідити можливі труднощі діагностики хвороби. Проаналізувати ускладнення при несвоєчасній або неправильній діагностиці. Акцентувати увагу на несприятливому прогнозі хвороби.

Матеріали і методи: При дослідженні було використано історію хвороби з архіву (лікарня ім. М. І. Пирогова), наукові статті та препарат з кафедри анатомії.

Результати: На основі даних історії хвороби пацієнта з прогресуючим осифікуючим міозитом нами був проаналізований розвиток хвороби, починаючи з 5 і до 45 років. Встановлено, що хвороба спочатку вразила м'язи шиї потім – грудей, пізніше м'язи плечового поясу, плеча (справа та зліва), хребта, в подальшому м'язи таза і нижніх кінцівок. Розвиток хвороби починався з болу в даних групах м'язів, потім наступав набряк і затвердіння за цим слідувала осифікація і насамкінець контрактура суглобів, особливо плечових, кульшових і колінних. Починаючи з 24 року життя пацієнт проводив час у ліжку. Хвороба неухильно прогресувала. Внаслідок чого наступило знерухомлення. Обличчя стало амімічним. Нижня щелепа не рухалась. Важко стало розмовляти і їсти. Консервативне лікування і численні хірургічні операції не приводили до полегшення. Порівнюючи вищезгадані прояви хвороби з даними наукової літератури, ми прийшли до висновку, що не існує певного послідовного враження тканинних структур, але в більшості випадків спершу і частіше вражаються м'язи шиї в дитячому віці з 3-4 років, а потім клінічні симптоми можуть наростати по-різному.

Висновок: Увага лікарів до виявлення випадків прогресуючого осифікуючого міозиту дає можливість якнайшвидше діагностувати патологію. Внаслідок цього пацієнт у повному обсязі отримує потрібну допомогу. Слід зазначити, що це лише поліпшить якість життя хворого, а невилікує повністю.

К.Р. Шеремета, Ж. М. Руденко
**ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ
СЬОГОДЕННЯ**

Кафедра нормальної фізіології
Л.С. Лойко (к. психол.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
М. Вінниця, Україна

Актуальність: життя студентів проходить завжди у прискореному темпі, певних переживаннях, пов'язаних із навчанням, порушеннях режиму дня і сну. А в умовах військового стану та під дією стресових та інших несприятливих факторів доводиться використовувати усі функціональні резерви організму у регуляторних процесах, що забезпечують адаптацію організму до факторів навколишнього середовища.

Мета: дослідити функціональні резерви організму, які забезпечують задовільний рівень адаптації в умовах сьогодення, звернути увагу на забезпечення умов зростання адаптаційного потенціалу.

Матеріали та методи: вивчення напрацювання науковців з теми дослідження, проведення дослідження стану здоров'я за об'єктивними показниками, використавши виміри частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, провівши дослідження коефіцієнтів втомлюваності, за шкалою втомлюваності FSS, рівня депресії за шкалою Бекка, якості сну за опитувальником Пітсбурзького показника якості сну. Та ін.

Результати: при проведенні дослідження було виявлено, що студенти III-IV курсів ВНМУ ім. М.І. Пирогова мають високий адаптаційний потенціал, невротичні стани та депресії майже відсутні, студенти I-II курсів мають відповідно середній рівень адаптації та потребують профілактики за наявними ознаками хронічної втоми.

Висновки: використання даних дослідження дає можливість проведення корекційної роботи у порушеннях здоров'я студентів та профілактики розвитку патологічних станів, забезпечення умов для зростання функціональних резервів організму в стресових умовах сьогодення.

С.В. Шкондін

РОЛЬ ХВОРОБИ ГОШЕ У ПАТОГЕНЕЗИ НЕОПЛАЗІЇ

Кафедра патологічної фізіології

Олійник Ю. М. (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Гоше (GD) — це спадкова ензимопатія, викликана дефіцитом глюкоцереброзидази, що спричиняє накопичення глюкозилцераміду в лізосомах мононуклеарних фагоцитів. Частота в популяції - від 0,7 до 1,8 на 100 000 населення. Дані стверджують, що 54% летальних випадків при хворобі Гоше, пов'язані з розвитком неопластичного процесу. Гіпергаммаглобулінемія та наявність моноклонального Ig сприяють виникненню множинної мієломи, тому при GD ризик її виникнення підвищується щонайменше на 5,9%. Супутніми неоплазіями є хронічний лімфолейкоз та мієлолейкоз, гострий лейкоз, В-клітинна і Т-клітинна лімфома, хвороба Ходжкіна, мультиформна гліобластома, гепатоцелюлярна карцинома, пухлини легенів та кісток, тому надзвичайно актуальним є вивчення кореляції між хворобою Гоше та неопластичним процесом.

Мета: Дослідити основні ланки патогенезу розвитку неоплазій, асоційованих з порушенням жирового обміну на прикладі хвороби Гоше.

Матеріали та методи: Аналіз зарубіжної наукової літератури з використанням наступних інформаційних джерел: PubMed, ResearchGate, ScienceDirect та Scopus.

Результати: Механізми, які лежать в основі виникнення неоплазії, включають хронічне запалення, стимуляцію В-лімфоцитів, аномалії Т-лімфоцитів, диференціацію макрофагів до альтернативного фенотипу, гіперферитинемію, дисфункцію лізосом з супутнім ER-стресом. Дослідження клітин Гоше показали, що накопичення глюкозилцераміду спостерігається в лізосомах та поза ними. У екзолізосомальному відділі глюкозилсфінгозин стає субстратом для нейтральної глюкоцереброзидази, тому підвищується рівень сфінгозину-1-фосфату, який має проліферативну, антиапоптотичну та проангіогенну дію. При GD клітини Гоше оточені новоствореними високоактивними макрофагами. Ця клітинна асоціація виділяє у плазму крові цитокіни, хемокіни і гідролази, такі як IL-1, TNF- α , IL-13, CCL18 і IL-6. Підвищення рівня останніх лежить в основі виникнення аномалій плазматичних клітин. Гіперферитинемія включає зниження функції Т-лімфоцитів та зменшення вивільнення IgM з В-лімфоцитів. Також наявні зменшення кількості НК-клітин та/або дендритних клітин. Виявлено, що навантажений ліпідами комплекс CD1d, за допомогою якого НК-клітини розпізнають гліколіпіди та ініціюють експресію молекули MHC класу II, підвищений у хворих на GD.

Дослідження геномних асоціацій показує, що CLN8 функціонує як датчик транспортування сфінголіпідів для захисту клітин від їхніх токсичних ефектів. Мутації в гені MSH6 і JAK2 є фактором розвитку Т-клітинної лімфобластоми та мієлопроліферативної злоякісної пухлини. **Висновки:** Таким чином, патогенез неоплазій при хворобі Гоше має мультिवаріантний характер. Найбільш вагомими механізмами виникнення неопластичних процесів при GD є накопичення біоактивних ліпідів та альтернативно активованих макрофагів, дисрегуляція імунних процесів та експресія генетичних модифікаторів.

Н.С. Шмиганівський, А.В. Любавіна

РІВНІ АГРЕСІЇ У СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ВНМУ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЕСТУ А.БАССА-А.ДАРКИ)

Кафедра нормальної фізіології

І.В. Гусакова (к.мед.н., доц.), С.В. Коновалов (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Агресія (лат. aggressio — напад) — інстинктивна індивідуальна поведінка людей, тварин, яку породжує страх, лють тощо. Вона виражається в нападі або загрозі нападу на особин свого (рідше чужого) виду. Військовий конфлікт між Україною та Росією призвів до ескалації насилля і зростання агресії в соціумі.

Мета: оцінити проявів агресії у студентів-медиків ВНМУ та ступінь зв'язку між агресією та стресом.

Матеріали та методи: Протягом листопада 2022 року обстежений 101 студент Вінницького національного медичного університету II курсу навчання, середній вік обстежених – $19,24 \pm 0,57$ років, юнаків – 50, дівчат – 51. Для діагностики показників і форм агресії використаний опитувальник А. Басса, А. Дарки, в адаптації О. К. Осницького, а для виявлення стресу використаний опитувальник DASS-21 (україномовний варіант), який дозволяє оцінити рівні депресії, тривоги та стресу. Результати тестування статистично оброблені за допомогою пакету статистичного аналізу “data analysis” у програмі Microsoft Excel. Використані класичні інструменти data analysis.

Результати: студенти-медики ВНМУ демонструють помірні рівні агресії, відсоток осіб з помірною фізичною, вербальною та непрямую агресією становить, відповідно, $60,40 \pm 4,87\%$, $62,38 \pm 4,82\%$ та $70,30 \pm 4,55\%$. Виявлений високий відсоток осіб з високою аутоагресією – $35,64 \pm 4,77\%$ обстежених.

Юнаки виявляють вірогідно вищу фізичну агресію у порівнянні із дівчатами ($p < 0,001$), однак у цілому вони мають такий самий індекс агресивності як і дівчата. Відсоток осіб із середнім індексом агресивності – $90,01 \pm 2,98\%$. Індекс ворожості є середнім у кожного другого студента ($57,43 \pm 4,92\%$ обстежених), статеві відмінності відсутні.

Стресовий стан виявлений у $66,33 \pm 4,70\%$ обстежених, причому він має місце у $80,39 \pm 5,56\%$ дівчат і лише у $46,0 \pm 7,05\%$ юнаків ($p < 0,001$). Серед студенток спостерігається вірогідно вищий відсоток осіб з помірним та тяжким стресом ($p < 0,05$). Тривога має місце у $70,30 \pm 4,55\%$ обстежених студентів, а депресія різного ступеня – у $59,41 \pm 4,89\%$. Не виявлено вірогідних відмінностей у показниках тесту Басса-Дарки між студентами, що не мають стресу, та тими, що демонструють тяжкий та дуже тяжкий стрес. Кореляційний аналіз підтверджує відсутність статистично значимого зв'язку між стресом та агресією.

Висновки: 1. Студенти-медики ВНМУ демонструють помірний рівень агресії (за всіма шкалами опитувальника Басса-Дарки). Незважаючи на вірогідно вищу фізичну агресію ($p < 0,001$), у цілому юнаки демонструють такий самий ІА як і дівчата.

2. Більшість сучасних студентів-медиків перебуває у стресовому стані ($66,33 \pm 4,70\%$ обстежених, дві третини), особливо актуальним це є у студенток ($80,39 \pm 5,56\%$ обстежених дівчат).

3. Не виявлено вірогідних відмінностей у показниках тесту А. Басса - А. Дарки між студентами, що не мають стресу, та тими, що демонструють тяжкий та дуже тяжкий стрес.

С. Р. Якименко

ВАЖЛИВІСТЬ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ СПАДКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЮДИНИ

Кафедра медичної біології

Н. М. Гринчак (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розширення знань про геноміку за останні два десятиліття показало, що традиційна категорія генетичних захворювань являє собою лише ті стани, в яких генетичний внесок є особливо вираженим, тоді як насправді захворювання можна розташувати вздовж спектру, який представляє актуальність медико-генетичного консультування для попередження хвороб які пов'язані зі спадковими порушеннями. Корисне застосування геномних знань все ще розвивається, але очікується, що в майбутньому геноміка зробить значний внесок у сферу громадського здоров'я.

Мета: Проаналізувати наукові матеріали з цієї теми. Довести важливість інтегрування базового генетичного консультування в первинну медичну допомогу, що в свою чергу допоможе попередити спадкове захворювання людини.

Методи та матеріали: Аналіз та огляд сучасної літератури з медико-генетичного консультування. Огляд літератури включав дослідження, статей та звітів з авторитетних джерел, таких як PubMed, Medline і Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ).

Результати: Генетичне консультування – це спеціалізована форма консультації, яка зосереджується саме на генетичних захворюваннях. Це передбачає роботу з медичним працівником, який має досвід у генетиці, щоб зрозуміти генетичну основу хвороби та її успадкування, ймовірність його передачі майбутнім поколінням, а також варіанти тестування, лікування та профілактики. Генетичне консультування включає в себе декілька етапів. Перед генетичним консультуванням, консультант-генетик проводить передконсультаційну оцінку, щоб зібрати інформацію про особисту та сімейну історію хвороби, симптоми, результати генетичних тестів та будь-яку іншу відповідну інформацію. Обговорення моделі успадкування: консультант-генетик розглядає модель успадкування конкретного генетичного розладу, про який йде мова, ймовірність передачі захворювання нащадкам і ризику для інших членів сім'ї. Експлікація щодо генетичного тестування: консультант-генетик пояснить переваги генетичного тестування, а також різні типи доступних тестів і їх потенційні результати. Інтерпретація результатів тесту: консультант-генетик допоможе інтерпретувати результати будь-якого проведеного генетичного тесту та пояснити наслідки цих результатів для особи та її родини. Завдяки ранньому виявленню генетичне консультування може допомогти окремим особам і сім'ям вжити профілактичних заходів і прийняти обґрунтовані рішення щодо свого здоров'я. Це сприятиме покращенню здоров'я та зменшенню ризику передачі спадкових захворювань майбутнім поколінням.

Висновки: Отже у XXI столітті можливе попередження, тим паче лікування та профілактика генетичних хвороб, в чому саме і допомагає генетичне консультування. При цьому головним принципом є вчасне звернення до медико-генетичних консультацій, для отримання ранньої діагностики схильності до даних захворювань. Програми консультування мають підтримуватися державними, освітніми та регуляторними структурами, для забезпечення людям можливості превентивно розпочинати лікування захворювань.

М.О.Яременко, А.А.Юссеф
АУТОІМУННІ УРАЖЕННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра патологічної фізіології

Романенко І.В. (завідувач навчальною частиною кафедри, старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щороку понад 1 млн. людей помирає від хронічних захворювань печінки та їх ускладнень. Однією з провідних проблем сучасної гастроентерології, імунології є аутоімунні ураження гепатобіліарної системи. За статистикою, до аутоімунних захворювань схильні 5-7% населення планети і щорічно їх кількість збільшується в середньому на 12,5%. Перебіг цих хвороб відзначається мінімальним прогресуванням впродовж 10-20 років, попри відсутність жодної терапії. У інших випадках, незважаючи на лікування, впродовж кількох років розвивається цироз печінки.

Мета: Дослідити ключові ланки патогенезу аутоімунних уражень гепатобіліарної системи.

Матеріали та методи: Огляд наукових досліджень, публікацій PubMed, Google scholar, eprintium, Web of Science.

Результати: Аутоімунні захворювання печінки, включаючи аутоімунний гепатит, первинний біліарний холангіт і первинний склерозуючий холангіт, характеризуються руйнуванням гепатоцитів, що призводить до прогресуючого ураження печінки, цирозу та печінкової недостатності. Вирішальне значення у патогенезі вказаних захворювань належить не прямій дії патогенного чинника, а впливу тригерних факторів. До останніх належать: бактеріальні, вірусні, грибкові інфекції; великий спектр медикаментозних засобів та імуностимуляторів. Генетичні фактори теж мають значення. Деякі гени, включаючи гени людського лейкоцитарного антигену (HLA) і гени, що не належать до HLA, такі як рецептор інтерлейкіну-12 (IL-12) і кіназа, яка пов'язана з рецептором IL-12, підвищують ризик розвитку захворювань. Дані патології можуть поєднуватись в overlap-синдроми, тобто в конкретного хворого можна одночасно спостерігати кілька напрямів аутоагресії. Синдром характеризується перехресною реактивністю між аутоантитілами - антимитохондріальними, антинуклеарними, що призводить до перекриття ознак аутоімунних уражень печінки. При overlap-синдромі також відбувається порушення регуляції Т- та В-імунних клітин, що сприяє його розвитку. Варіації цього синдрому можуть розвиватись пізніше, з розвитком від класичного монокомпонентного до полікомпонентної хвороби. При первинному біліарному холангіті імунна система руйнує епітеліоцити жовчних проток. Високоспецифічні для патології антитіла спрямовані проти E2 компоненту піруватдегідрогеназного комплексу (PDC-E2) – ферменту, розташованого у внутрішній мембрані мітохондрій. Невідомо, чому цей фермент, ізольований від імунної системи як клітинною, так і мітохондріальною мембраною, стає мішенню настільки селективної імунної атаки. Вважається, що експозиція PDC-E2 до імунної системи може відбуватись під час апоптозу холангіоцитів.

Висновок: Діагностика аутоімунних ушкоджень гепатобіліарної системи – складний процес, але поєднання клінічної оцінки, візуалізаційних досліджень і лабораторних тестів може допомогти підтвердити діагноз. Розробка подальших досліджень механізмів і патогенезу цих захворювань, а також створення більш цілеспрямованої та ефективної терапії може запобігти розвитку ускладнень та покращити життя пацієнтів.

А.Р.Яценко, Т.В.Дехтяренко

ЛОБОТОМІЯ

Кафедра анатомії людини

О.П. Лопаткіна (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: по-перше, лоботомія є важливою історичною темою, яка дозволяє розуміти, які методи лікування були використані в минулому і як вони вплинули на сучасну медицину. Лоботомія була одним із методів лікування психічних розладів, який був популярним у 1930-х - 1950-х роках, і який відтоді був відкинутий через свою шкідливість та недоліки.

По-друге, лоботомія є важливим предметом дослідження для анатомів і нейробіологів. Лоботомія передбачала руйнування зв'язків між частинами головного мозку з метою зниження симптомів психічних розладів, і її вплив на різні функції мозку досі не повністю зрозумілий. Дослідження про лоботомію можуть допомогти розібратися, які саме зв'язки у мозку відповідають за різні психічні функції, і як ці зв'язки можуть бути порушені за певних умов.

По-третє, лоботомія також може бути важливою темою для медичної етики та прав людини. Лоботомія була проведена на тисячах людей без їхньої згоди або з мінімальною згодою в минулому, і це викликає питання про те, як ми повинні поводитися з пацієнтами, які не можуть самостійно приймати рішення щодо свого лікування.

Мета: ознайомлення з історією лоботомії та її вплив на медицину, нейробіологію та медичну етику.

Матеріали та методи:

1. Історичні матеріали: для ознайомлення з історією лоботомії та її використанням у лікуванні психічних розладів можуть використовуватися наукові статті, книги, документальні фільми та інші історичні джерела.

2. Нейробіологічні дослідження: для вивчення впливу лоботомії на різні функції мозку можуть бути використані дані з досліджень з використанням сучасних методів образного сканування мозку, таких як магнітно-резонансна томографія та позитронна емісійна томографія.

3. Медична етика: для обговорення етичних питань, пов'язаних з проведенням лоботомії, можуть бути використані стандарти етики в дослідженнях людини, кодекс поведінки лікарів та інші документи.

4. Клінічні дослідження: для вивчення ефективності лоботомії у лікуванні психічних розладів можуть бути використані дані з клінічних досліджень, що проводилися у минулому та в сучасні часи.

Результати: розширення знань про ефективність та етичність цього виду лікування психічних розладів, а також допомога у розумінні нейробіологічних механізмів, які впливають на функції мозку та поведінку людини.

Висновки: лоботомія, як вид лікування психічних розладів викликала багато дискусій та розмов про етичність та ефективність цього методу. Незважаючи на те, що в минулому лоботомія була використана для лікування різних розладів, вона більше не рекомендується через можливі побічні ефекти, такі як загальна апатія, депресія та деменція.

Насамперед, результати наших досліджень свідчать про необхідність етичної регуляції лікування психічних розладів, зокрема, лоботомії та показують, що регулювання цього виду лікування може допомогти попередити можливі етичні порушення в майбутньому.

А.Р.Ященко, Т.В.Дехтяренко
БІОЛАБОРАТОРІЯ ВДОМА

Кафедра медичної біології

С.М. Горбатюк (доцент, кандидат біологічних наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Do-it-yourself biology (DIY biology, біологія «зроби сам») — це зростаючий біотехнологічний соціальний рух, у якому окремі особи, спільноти та невеликі організації вивчають біологію та науки про життя, використовуючи ті самі методи, що й традиційні дослідницькі установи. Біологією «зроби сам» в основному займаються особи з обмеженою

дослідницькою підготовкою в академічних колах або корпораціях, які потім наставляють і наглядають за іншими біологами-саморобками, які мають невелику формальну підготовку або взагалі її не мають. Це може використовуватися як хобі, як некомерційна організація, учасники якої прагнуть до навчання спільноти та відкритих наукових інновацій.

Тема є важливою через роль, яку можуть відігравати домашні біолабораторії у забезпеченні швидкого та точного діагностичного процесу для деяких хвороб, особливо тих, що вимагають регулярного відстеження та моніторингу. Це особливо важливо для тих, хто мешкає в віддалених районах, де доступ до медичних закладів є обмеженим.

Мета: дослідити можливості домашніх біолабораторій в медичній практиці, визначення їх впливу на процеси діагностики та моніторингу хвороб та розгляд питань щодо їхньої ефективності та безпеки. Оцінка можливості їх використання як економічної та зручної альтернативи традиційним медичним дослідженням.

Матеріали та методи:

1. Огляд літератури та досліджень в галузі біології, зокрема з використанням баз даних наукових журналів та інших джерел. Матеріали організатора DIY-товариства в Україні.

2. Розгляд практичних прикладів використання домашніх біолабораторій у медичній практиці.

3. Оцінка можливих ризиків використання біоматеріалу.

Результати: результати дослідження підтверджують потенційну користь використання домашніх біолабораторій у медичній біології, але водночас наголошують на необхідності враховувати потенційні ризики та обмеження.

Обмежений доступ до медичної допомоги та ліків підштовхнув біохакерів до експериментів у областях, пов'язаних із медициною. Наприклад, проект Open Insulin спрямований на те, щоб зробити рекомбінантний білок інсулін доступнішим шляхом створення протоколу експресії та очищення з відкритим вихідним кодом. Інші експерименти, пов'язані з медичним лікуванням, включають пересадку мікробіома всього тіла та створення штучних підшлункових залоз з відкритим вихідним кодом для діабетиків.

Висновки: на основі результатів дослідження можна зробити висновок про те, що домашні біолабораторії можуть бути корисним інструментом для медичної біології, проте використання їх повинно здійснюватися з урахуванням всіх потенційних ризиків та недоліків. Також можна підкреслити, що подальші дослідження в цьому напрямку можуть допомогти покращити технології та збільшити користь від використання домашніх біолабораторій у медичній практиці.

Науковці-ентузіасти роблять великий внесок у сферу охорони здоров'я та світову науку: наприклад, вони розробили дешеву альтернативу комерційним машинам для полімеразної ланцюгової реакції, а також створили недорогий прилад для діагностики малярії.

***МЕДИКО-
ПРОФІЛАКТИЧНИЙ
НАПРЯМ***



PUBLIC HEALTH

A. Boienko

PECULIARITIES OF FOOT STRESS FRACTURES IN ATHLETES

Department of Foreign Languages

Scientific adviser (L. Dudikova, Professor, Head of Foreign Languages Department including Latin and Medical Terminology)

National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsya, Ukraine

Relevance: The term "stress fractures" is common and well-known to athletes, especially those who do athletics, gymnastics, jumping, i.e. those sports whereby the main load falls on the athlete's feet. Early diagnosis as well as prevention of this type of injury reduce the risk of bone fractures and complex injuries significantly. The topic of the research is considered relevant in this context.

Objective: To propose preventive actions that are aimed at reducing the possible injury after the systematization of risk factors for stress fractures in athletes studied in the scientific literature.

Materials and methods: Universal theoretical research methods, analysis and synthesis methods were used for writing the thesis. The main assumptions are based on the works of Stefanos F Haddad, Steve B. Behrens, Matthew E. Deren, Andrew Matson, Paul D. Fadale, Keith O. Monchik, Lare Peterson, P.A.F.H. Renström, Lyle Micheli, Mark Jenkins and other scientists, who studied extensively the causes of sports injuries, treatment methods as well as the prevention.

Results: The article «Stress fractures: definition, diagnosis and treatment» by Diego Costa Astur, Fernando Zanatta, Gustavo Gonçalves Arliani and others notes that stress fractures were first described by Breithaupt in Prussian soldiers in 1855. The authors assume that stress fractures occur as a result of repeated performance of the same movements in a certain area, which can lead to fatigue and imbalance between the activity of osteoblasts and osteoclasts, that contributes to bone fractures. Stress fractures most often occur when the load significantly exceeds the natural ability of the bone to recover. As athletes are people with increased physical activity they are most prone to injury due to a number of reasons, i.e. increased training intensity before competitions, unreasonably short recovery time, restrictive diets. As a result, most athletes are deficient in vitamins and minerals, they have switching training surfaces, suffer from concomitant age-related diseases that weaken the bone strength and density.

To sum up, it takes much time and effort to treat the musculoskeletal system disorders, that's why untimely diagnosed stress fractures can lead to premature termination of the sports career.

Conclusions: In order to prevent stress fractures we suggest applying preventive measures, among which we define the following:

- regular medical examination;
- warming-up exercises (min 40 minutes);
- ensuring the optimal load regime (max 30 h / week);
- adherence to proper nutrition;
- use of protective sports fasteners.

Finally, diagnosing stress fractures in time is the most important task of a coach and a sports doctor.

Paula Elīza Titāne, Olga Sozinova

COMMON RAGWEED IN LATVIA

Faculty of Geography and Earth Sciences

Olga Sozinova (Leading research scientist)

University of Latvia

Riga, Latvia

Relevance: Common ragweed (*Ambrosia Artemisiifolia*) is an invasive plant in Europe, originating from Central and North America, known to cause severe allergic reactions in many people. Despite

this knowledge, the statistics on pollen allergy sufferers in Latvia has never been collected. The plant also can invade agricultural lands, causing decrease in harvest, as well as being a threat to biodiversity. Under the influence of various factors, including climate change, its spread in Europe is growing rapidly and introducing itself to new territories, including Latvia.

Objective: The aim of this study is to collect data on current pollen allergies in Latvia; to understand if/how common ragweed pollen allergies are distributed. Moreover, the aim is to evaluate if people are informed of common ragweed in general. It is also important to understand the current and historical distribution of the plant to analyse how it is spreading.

Material and methods used in the research- survey to gather data, where common ragweed is present in the year 2022, herbarium data from year 1979 to 2005; aerobiological data since 2003 and another survey to gather public data on pollen allergies in current population in Latvia.

Results: Survey data shows that common ragweed was mostly found in Riga or near other cities. These finding correlated with herbarium data, that also showed that most samples were collected in Riga or nearby. In both cases the sightings were found in urban environments, near railways, side of streets, yet the most notable difference is that in 2022 it was often noted that the plant was found near bird feed. In the nearly 26-year period from 1979 to 2005 there were 36 plant samples collected in herbarium, yet just in 2022 there were 37 sightings of common ragweed recorded by the survey participants, possibly showing the spread of the plant. The public survey on pollen allergies showed that most respondents were from Riga. Those who have allergic symptoms have them in urban areas as well as rural areas. Almost a half of respondents suffer from pollen allergies, mostly *Betula*, yet a small percentage show that some experience allergic symptoms in September in October months, possibly indicating that it is caused by common ragweed.

Conclusions: To further this study pollen concentration data will be analysed in correlation with meteorological data. Survey data shows that most survey respondents don't have enough information on common ragweed. Most have pollen allergies in spring months rather than autumn months. The sighting of common ragweed over the years have increased. More research needs to be done.

О.О. Андрушко

ВПЛИВ МІКРОПЛАСТИКУ НА ЕКОЛОГІЮ

Кафедра загальної гігієни та екології

О.Ю. Браткова (к.мед.н., доцент)

Вінницький медичний національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день, одною з основних проблем людства є забруднення навколишнього середовища, зокрема пластиком. Пластикові об'єкти є небезпечними для екології, через їх здатність до деградації, тобто утворення мікропластику (МП) та доволі довгий термін розкладання. МП – це новий забруднювач, розміром менше п'яти міліметрів. МП був виявлений у ґрунті, повітрі та у воді, та несе негативний вплив для екосистем через його стійкість і накопичення.

Мета: Окреслити проблему забруднення мікропластиком навколишнього середовища та його впливу на здоров'я людини.

Матеріали та методи: Огляд джерел літератури, включаючи вітчизняні та іноземні видання, опрацювання наукової літератури, результатів досліджень з даної теми, медичних статей, інтернет-ресурсів.

Результати: МП сприяє підвищенню рН у ґрунті в нормі при підвищенні рН знижується накопичення важких металів (Cu^{2+} , Pb^{2+}), але під впливом МП відбувається їх сорбція. У відповідь на стрес рослини утворюють активні форми кисню (АФК). Однією з форм АФК є пероксид водню, який здатний окислювати ліпіди біомембран, порушуючи їх структуру. МП зменшує кількість ґрунтових біот, що призводить до зниження агрегації, внаслідок якої відбувається зменшення дифузії кисню та зменшення проникності води. Шляхами

проникнення МП у рослини є пори клітинної стінки коренів та листя. Великі частинки блокують пори, що унеможлиблює обмін речовин, фотосинтез, тому зменшується біомаса та стійкість рослин до стресових факторів. Менші фрагменти проникають крізь пори, викликаючи генотоксичне пошкодження у клітинах. Накопичення МП у воді спричиняє згубний вплив для морських організмів. Сорерода які є первинною ланкою у харчовому ланцюзі, поглинають МП, що призводить до зменшення їхньої біомаси, репродуктивної функції, та зменшення тривалості життя. При потраплянні в людський організм МП з їжею або водою, частинки які більші за 150 мкм не всмоктуються, а зв'язуються з кишковим слизом на апікальній частині епітелію та можуть призвести до запалення кишечника та місцевого впливу на імунну систему. Всмоктування менших частинок відбувається у місцях Песерових бляшок. Також у дослідженні шести людських плацент, у чотирьох з них виявили всього 12 фрагментів МП. На стороні плода – 5 частинок, на стороні матері – 4 та на хоріоамніотичних оболонках – 3 фрагмента. Також МП наявний у повітрі, найбільша його концентрація зосереджується у приміщенні разом з частинками пилу. Частинки можуть відкладатися в альвеолах, їхній вплив залежить від кількості МП у повітрі та часу перебування у цьому середовищі. Накопичення може призводити до хронічного запалення, фіброзу, гранульом.

Висновок: Ознайомившись із дослідженнями, науковою літературою, можна виділити негативний вплив мікропластика на навколишнє середовище, флору та фауну. Отже варто замислитися про віддалені наслідки необгрунтованого використання пластику в промисловості. Необхідно здійснювати контроль за його рівнем в організмі.

І.Ю. Артеменко

АНАЛІЗ ТЯГАРЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В УКРАЇНІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Н.М. Орлова (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією із провідних причин смерті та інвалідності населення України. Оцінка тягаря ІХС за таким інтегральним показником, як DALYs, котрий враховує втрачені роки здорового життя за рахунок передчасної смертності та інвалідності, дозволяє під новим кутом розглянути медико-соціальну вагомість проблеми та обгрунтувати пріоритетні заходи її профілактики.

Мета: здійснити аналіз тягаря ІХС та його факторів ризику в Україні у 1990-2019 рр. та у порівнянні з країнами Європи.

Матеріали та методи: За допомогою епідеміологічного та статистичного методів проаналізовано дані міжнародної статистичної бази «Global Burden of Disease», оновленої за 2019 рік (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>). Тягар ІХС в Україні оцінювався за показниками DALYs (Disability-Adjusted Life Years), який враховує суму років життя втрачених внаслідок передчасної смертності та прожитих у стані інвалідності, у динаміці за 1990-2019 рр. і у порівнянні із середніми показниками у Європі. Також проаналізовано внесок (у%) окремих чинників ризику у формування DALYs внаслідок ІХС.

Результати: Встановлено, що ІХС є основною причиною тягаря хвороб в Україні, яка зумовлює четверту частину (25.9%) від усіх втрат років здорового життя населенням країни. DALYs внаслідок ІХС в Україні є одним із найвищих у Європі та світі. У 2019 р. українці втратили внаслідок ІХС 5 582 137 років здорового життя (або 12 674.4 на 100 000 населення). 98.7% цих втрат обумовлені передчасною смертністю, а 1.3% роками прожитими у стані інвалідності.

Компаративний аналіз динаміки стандартизованих за віком показників DALYs внаслідок ІХС в Україні та країнах Європи, здійснений за 1990-2019 рр., виявив суттєві відмінності у часових трендах. У Європі впродовж даного періоду DALYs від ІХС знизився у 1.8 рази (з 3961 до 2238

на 100 000 населення). А український показник мав хвилеподібну динаміку і коливався на достатньо високих рівнях (у межах від мінімального значення (5605 на 100 000 населення) у 1990 р. до максимального (8862) у 2005 р.). Різностямована динаміка DALYs в Україні та країнах Європи зумовила наростання розриву у порівнюваних показниках. Якщо у 1990 р. DALYs від ІХС в Україні перевищував європейський показник у 1.4 рази, то у 2019 р. – вже у 3.3 рази.

На сьогодні ІХС відноситься до запобіжних причин передчасної смертності і досвід європейських країн переконливо засвідчує дієвість превентивних стратегій у контролі над ІХС, а також колосальний резерв, який існує в Україні щодо скорочення тягаря ІХС. Основними чинниками ризику формування DALYs внаслідок ХСК в Україні є модифіковані фактори: підвищений артеріальний тиск (57.6%), нераціональна дієта (54.7%), високий рівень холестерину ЛПНЩ (49.7%), високий індекс маси тіла (29.3%), паління (26.1%), підвищений рівень глюкози у плазмі (14.8%).

Висновки: Українська стратегія, спрямована на запобігання DALYs внаслідок ІХС має бути комплексною, міжсекторальною, враховувати позитивний європейський досвід і поєднувати популяційні та індивідуальні підходи до контролю над модифікованими факторами ризику.

В.О. Артеменко

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА АДЕКВАТНОСТІ НУТРИЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ ПІД ЧАС АУДИТОРНОЇ ТА ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

О.В. Дякова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Важливо зазначити, що розлади харчування є модифікуючими факторами поточних провідних причин захворюваності та передчасної смертності. Згідно з даними ВООЗ, стійкою тенденцією останнього десятиліття є негативна динаміка практично всіх показників здоров'я студентської молоді, що викликає глобальне занепокоєння.

Мета: Дослідити структуру, частоту харчування, визначити пріоритетні фактори ризику розладів, порівняти status alimentarius (SA) під час дистанційної (ДФ) та аудиторної форми (АФ) навчання, а також розробити рекомендації щодо корекції SA.

Матеріали та методи: В анкетуванні брали участь 148 студентів Вінницького національного медичного університету у віці 17-24 років. Було проведено перехресне дослідження методом онлайн-анкетування. Описова статистика була розрахована за допомогою програмного забезпечення EpiInfo. Під час дослідження застосовувалися методи оцінки SA за індексом Кетле (ІМТ) та оцінки клінічних ознак мінеральної та вітамінної недостатності.

Результати: Анкетовано 148 студентів, гендерне співвідношення становило 0,5. Середній ІМТ для чоловічої статі становив $21,1 \pm 3,1$ кг/м² під час ДФ, $23,9 \pm 3,1$ кг/м² — під час АФ; для жінок — $20,1 \pm 3$ кг/м² при ДФ й $22,1 \pm 3$ кг/м² при АФ. Виявлено, що близько 40% студентів не снідають, 11 % нехтують другим або третім прийомом їжі (що свідчить про харчування менше 3-х разів на день), проте 1/2 опитуваних харчувалася 3 р/д. Також 65,7 % студентів мають останній прийом їжі після 23⁰⁰, і лише близько 16% – до 21⁰⁰ під час АФ, а при ДФ 69% мають останній прийом їжі до 21⁰⁰. Враховуючи структуру раціону та розклад харчування, показник адекватності SA /АФ склав в середньому 27,4, в той час як SA /ДФ — 19,8. Також, аліментарні розлади наявні особливо у студентів, які мають роботу паралельно з медичною академічною підготовкою (12%, 95% ДІ: 4,7–18,3%).

Висновки: Інтерпретація даних встановила дві різні моделі розподілу порушень харчування за статевою ознакою. Серед вибірки жіночої статі був присутній широкий спектр проявів порушень харчування: як в бік недостатньої, так і надмірної ваги. Для вибірки чоловічої статі

була характерна моноваріантність, що включає лише надмірну вагу й ожиріння, і поширюється майже на $\frac{1}{3}$, що у свою чергу обумовлює високий коефіцієнт атерогенності, і є тривожним станом через ризик розвитку серцево-судинних захворювань. Факторами, пов'язаними з надмірною вагою та ожирінням були чоловіча стать, а також шкідливий спосіб життя: гіподинамія, патологічна пристрасть до алкоголю та тютюнових виробів. Оцінку SA під час АФ можна охарактеризувати як незадовільну, у порівнянні з ДФ і відповідним адекватним SA. З метою профілактики аліментарних розладів рекомендовано ввести просвітницьку роботу щодо лікувально-профілактичного харчування (заповнення дефіциту природних детоксикантів, нутріцевтиків (макро- й мікроелементи, поліненасичені жирні кислоти, амінокислоти, вітаміни), парафармацевтики (біофлавоноїди, біогенні аміни, регуляторні пептиди, еубіотики).

А.Г. Ахмад

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШВЕЦІЇ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.В. Ткаченко (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Системи охорони здоров'я відіграють провідну роль у формуванні, зміцненні, збереженні й відновленні здоров'я населення між усіма секторами суспільства. Головними принципами реформ охорони здоров'я, що визначені Люблянською хартією, є розробка та розвиток політики охорони здоров'я; реорганізація системи надання медичної допомоги; зміна характеру використання людських ресурсів; удосконалення механізмів управління та навчання на основі досвіду. Вивчення досвіду різних країн дозволяє виявити оптимальні шляхи розвитку охорони здоров'я, перспективні управлінські рішення, спрямувати ресурси на максимальне задоволення потреб населення в послугах галузі охорони здоров'я та підвищення ефективності її діяльності.

Метою дослідження стало вивчення особливостей сучасної трансформації системи охорони здоров'я у Швеції.

Результати: Шведська система охорони здоров'я є соціально відповідальною системою з чітким публічним зобов'язанням забезпечити здоров'я всіх громадян. Вона базується на трьох основних принципах: людської гідності, потреби та солідарності, економічної ефективності. Реформи в шведській системі охорони здоров'я часто запроваджуються місцевою владою у формі окружних рад і муніципалітетів. Протягом останніх 10 років реформи були зосереджені на розвитку первинної медичної допомоги та скоординованої допомоги людям похилого віку. Вектор уваги спрямований на національні реєстри якості, публічне порівняння якості та ефективності між місцевими органами влади та постачальниками послуг, співвідношення ціни та якості, вкладених у медичну допомогу, результати для здоров'я та переваги з точки зору пацієнта, орієнтація на процеси та скоординовані послуги. Шведська охорона здоров'я демонструє хороші показники результатів медичних послуг та якості медичної допомоги, орієнтованих на захворювання. Ахіллесовою п'ятою є довгий час очікування діагностики та лікування в кількох сферах. Покращення доступу до діагностики та лікування продовжує залишатися ключовою політичною метою як національних, так і місцевих політиків.

Висновки: Реформи охорони здоров'я Швеції полягають в покращенні послуги шляхом інтеграції між органами охорони здоров'я та соціальними службами муніципалітетів. Спостерігається тенденція до збільшення втручання з боку національного уряду. Прикладом цього є нове законодавство щодо часу очікування та безпеки пацієнтів, а також національні

фінансові стимули для сприяння розвитку первинної медичної допомоги, психіатричної допомоги, догляду за людьми похилого віку та покращення доступу до факультативних послуг. На додаток до справедливості розподілу, цілі, пов'язані з контролем витрат, ефективністю, цінністю та якістю, стали більш актуальними в управлінні послугами охорони здоров'я як на національному, так і на місцевому рівнях.

Є.В. Бейреш

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ УШКОДЖЕННЯ І ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ФОСФОРНИХ СНАРЯДІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Т.М. Сидорчук (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Значимість вивчення фосфорних снарядів на сьогодні є важливим питанням для української нації. З початку повномасштабного вторгнення, російські війська неодноразово застосовували фосфорні снаряди в районах активних бойових дій. Використання фосфорних снарядів є обмеженим, але юридично допустимим згідно з міжнародним правом. Їх застосування можливе на полях битв, але використання в цивільних районах заборонено через надзвичайно високу температуру горіння. Попри заборону російська армія продовжує їх застосування, тому ця проблема гостро постає перед нами, а її вивчення є наразі надзвичайно актуальним.

Мета: показати механізми вибуху фосфорних снарядів, вражаючі фактори, що діють на людину та надання домедичної допомоги.

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури з використанням наступних іноземних джерел: PubMed, hopkinsmedicine, National library of medicine.

Результати: Найбільш суперечливими запальними боєприпасами сьогодні є ті, що містять білий фосфор. Даний вид боєприпасів має широку зону дії, що підвищує їх ризик використання. Вони можуть викликати отруєння, яке призводить до відмови органів і смерті. В разі вдихання розігрітої суміші відбувається опік верхніх та нижніх дихальних шляхів. Основними вражаючими факторами білого фосфору як запалювальної зброї, є висока теплова енергія горіння (перевищує 800 °C). Крім того, запалювальна зброя володіє великим деморалізуючим морально-психологічним впливом на живу силу, знижуючи її здатність до активної протидії. Домедична допомога переважно вважається підтримуючою. негайно потрібно забрати постраждалого від джерела опромінення. При ураженні очей, в першу чергу потрібно промити великою кількістю прохолодної води щонайменше 15 хвилин. Старатись тримати очі відкритими, прикритими вологою пов'язкою. При ураженні дихальних шляхів, потрібно оцінити дихальну функцію та переконатись, що дихальні шляхи потерпілого не перекриті. При зупинці дихання негайно потрібно зробити штучне дихання. Під час ураження шкіри, при можливості занурити постраждалі ділянки шкіри в холодну воду. Видалити видимі частинки білого фосфору під час миття великою кількістю холодної води. Використання холодної води є ефективним при боротьбі з ураженням фосфорного снаряду, але потрібно бути обережним, щоб захистити потерпілого від гіпотермії.

Висновки: Згідно з міжнародним правом використання білого фосфору є допустимим на територіях бойових дій проти військових, а також враховуючи застосування росіянами запалювальної зброї на територіях проживання цивільних, ми маємо підвищувати обізнаність з цього питання. Кожен українець повинен знати і вміти правильно і своєчасно надавати домедичну допомогу у випадку враження білим фосфором, адже це може зберегти життя інших людей та насамперед своє.

А.Е. Беляєва, А.О. Савенко

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ВНАСЛІДОК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

І.С. Пірвердієва (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Основним етіологічним фактором захворюваності та смертності населення є хвороба серцево-судинної системи. Провідне місце серед таких хвороб посідає ішемічна хвороба серця (ІХС). Оцінка якості життя і соціалізації нині є основними показниками стану хворих на ІХС. Сучасні принципи медико-соціальної реабілітації забезпечують адаптацію хворих на ІХС та відновлення їх соціальних ролей. Це впливає на покращення їх матеріального та духовного комфорту та нормалізацію рівня задоволеності тими умовами, в яких вони перебувають.

Мета: проаналізувати та оцінити вплив ІХС на рівень якості життя людей в результаті медико-соціальної реабілітації.

Матеріали та методи: аналіз наукових робіт сучасних вчених про вплив серцевих хвороб на адаптацію хворих в суспільстві. Визначення типів ставлення до хвороби серед 30 пацієнтів з ІХС віком від 40 до 70 років на базі КНП «ВРЦСП». У роботі також було використано особистісний опитувальник «Тип ставлення до хвороби» (ООБІ).

Результати: Отримані дані дослідження показали, що у 20% хворих на ІХС (6 осіб) діагностується змішаний анозогностично-ергопатичний тип ставлення до хвороби, такі пацієнти відкидають думки про хворобу та наслідки при відсутності лікування. У 50% (15 осіб) – сенситивно-тривожний тип ставлення, який відрізняється вираженими ознаками тривожності та пригніченості через недовіру до лікарів та ефективності обраних методів лікування. У 30% (9 осіб) – сенситивний тип, такі хворі стурбовані через можливу неприйнятність оточуючими їхньої хвороби, страх обтяжити близьких та зустрітись з їх недобррозичливим ставленням.

Порівнюючи наведені вище показники варто зазначити, що серед опитаних переважає сенситивний тип, який може функціонувати як самостійно, так і з приєднанням тривожного компонента. ІХС характеризується широким спектром клініко-антропометричних і соціальних факторів, які визначають варіанти перебігу, ризики розвитку ускладнень і соціальну прогностичність в рамках якості життя з хворобою. До факторів, які впливають на медико-соціальну реабілітацію та адаптацію пацієнтів, можна віднести: тип ставлення до хвороби та лікування, соціально-побутові умови, самореалізацію та соціальну роль.

Висновки: З виокремлених нами груп пацієнтів найбільш адаптованими та соціалізованими є хворі з анозогностично-ергопатичним типом ставлення через бажання намагатися жити, не дивлячись на хворобу. Тривожність у таких пацієнтів найменше виражена. Якість життя хворих з ІХС змінюється через особливості ставлення до хвороби та проблемою ресоціалізації їх у суспільстві, саме тому медико-соціальна реабілітація направлена на корекцію психологічного та емоційного стану хворого за допомогою інтеграції його у суспільство.

А.Е. Беляєва, А.О. Савенко

РИЗИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ НЕРВОВО-ПАРАЛІТИЧНОЇ ДІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В умовах війни ймовірність застосування зброї масового ураження, до якої відносяться засоби нервово-паралітичної дії, надзвичайно висока. Знання про антидоти є важливими для збереження життя військовослужбовців та мирного населення у випадку застосування хімічної зброї. Більшість країн світу підписали конвенцію про заборону розробки, виробництва, накопичення та застосування хімічної зброї, метою якої є неможливість використання будь-яких засобів масового ураження. Попри домовленість щодо знищення і непоширення ядерної та хімічної зброї, бойові отруйні речовини (БОР) залишаються на озброєнні в багатьох арміях та несуть пряму загрозу при застосуванні.

Мета: Оцінка загрози застосування хімічної зброї нервово-паралітичної дії в умовах війни та стану забезпечення медичним захистом військовослужбовців. Визначення методів діагностики та надання першої допомоги на початкових етапах евакуації.

Матеріали та методи: Опрацьовано джерела наукової літератури, включаючи накази Міністерства оборони й Міністерства охорони здоров'я, проаналізовано забезпечення військових засобами захисту та антидотами на випадок застосування хімічної зброї.

Результати: Санітарні втрати при застосуванні хімічної зброї залежать від масштабу та засобів ураження, раптовості нападу, типу отруйної речовини, ступеню захищеності особового складу. За сучасних умов ведення війни ризик застосування БОР нервово-паралітичної дії найвищий. Використання речовин нервово-паралітичної дії призводить до ураження 60% бойового складу та можливої смерті 30% отруєних. Виявлено, що особовий склад ЗСУ достатньо забезпечений засобами індивідуального захисту, надання допомоги та лікування, зокрема антидотами. Важливим етапом допомоги при отруєнні є домедична допомога, яка полягає у використанні індивідуального протихімічного пакета, протигазу, терміновому введенні лікувального антидота, за потреби – ШВЛ.

Висновки: При недотриманні міжнародних зобов'язань щодо розробки, виробництва та застосування хімічної зброї можна стверджувати про високу ймовірність застосування зброї масового ураження. Найвищий ризик становить застосування отруйних речовин нервово-паралітичної дії, а саме фосфорорганічних отруйних речовин. Сьогодні наявність антидотів у складі індивідуальних і колективних засобів медичного захисту є критично важливою умовою для збереження життя і боєздатності особового складу. Своєчасне застосування засобів індивідуального захисту та антидотів є ефективним способом порятунку особового складу.

М.О. Біда, А. В. Сологуб

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИКІВ

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.О. Процюк (к.м.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Емоційне вигорання є серйозною проблемою для медичних працівників. Це стан, коли людина втомлюється від роботи, втрачає мотивацію і енергію, стає менш ефективною в своїй професії. Це може викликати емоційний стрес, який в свою чергу може призвести до емоційного вигорання. Тому дослідження цієї теми може допомогти зрозуміти, які фактори спричиняють емоційний вигорання у медичних працівників та як з ним боротися. У військовий час, медичні працівники можуть стикатися з великою кількістю страшних подій, які можуть викликати емоційне перевантаження і підвищений ризик розвитку психологічного стресу, тому проблема емоційного вигорання може бути ще більш актуальною.

Мета роботи: Метою дослідження емоційного вигорання у медиків є виявлення ризиків та факторів, які сприяють розвитку цього стану, а також розробка стратегій та інструментів для запобігання емоційного вигорання у медичних працівників.

Матеріали та методи: Проведено анонімне анкетування серед медичних, які певний час працювали у стаціонарі. Медиків опитували за допомогою методики Маслача (Maslach Burnout Inventory).

Результат: На запитання анкети анонімно відповіли 30 лікарів. За допомогою методики Маслача (Maslach Burnout Inventory) було визначено три складові емоційного вигорання - емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної компетентності. Було встановлено, що у 46% медиків є високий рівень емоційного виснаження, 34% - мають високий рівень деперсоналізації та у 32% - зниження професійної компетентності. Також було встановлено, що рівень емоційного вигорання у медичних працівників може бути пов'язаний з багатьма факторами, такими як робоче навантаження, рівень стресу, браку підтримки від колег та керівництва, відчуття невизнання та невдоволення роботою. Лікарі-жінки мали вищий рівень емоційного вигорання та деперсоналізації, ніж лікарі-чоловіки.

Висновки: Щоб запобігти емоційному вигоранню, необхідно дотримуватися наступних гігієнічних рекомендацій:

1. Підтримка з боку колег та родини: важливо, щоб лікарі мали можливість обговорювати свої проблеми та ділитися досвідом з колегами. Також важливо, щоб вони мали підтримку своїх рідних та близьких, які можуть допомогти їм зняти стрес та відновити емоційний баланс.

2. Регулярні перерви та відпочинок: лікарі повинні мати можливість відпочивати та знаходити час на хобі поза роботою.

3. Контроль над робочим навантаженням: важливо, щоб лікарі не перевантажували себе роботою та вміли планувати свій робочий день, щоб уникнути надмірної втоми та стресу.

4. Розвиток соціально-емоційних навичок: лікарі мають навчитися ефективно спілкуватися з пацієнтами та колегами, вирішувати конфліктні ситуації.

5. Підтримка з боку керівництва. Важливо, щоб керівництво надавало лікарям можливість брати регулярні відпустки, планувати робочий день таким чином, щоб уникнути перевантаження.

6. Підтримка з боку пацієнтів. Лікарі можуть відчувати більшу мотивацію та задоволення від своєї роботи, якщо вони відчувають підтримку та вдячність від своїх пацієнтів.

М.А. Бегма, В.В. Бойко

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ РФ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Починаючи з 2014 р. Україна перебуває в стані неоголошеної війни. Кількість внутрішньоопереміщених осіб у 2020 р. становила 1446881 осіб, під час повномасштабної війни перевищувало 4,6 млн. З того часу жителі Східної частини нашої країни жили в стані тривоги та сподівались на покращення ситуації, без шкоди життю та вирішення мирним шляхом. Актуальність роботи полягає у визначенні психічного здоров'я у внутрішньоопереміщених осіб (ВПО). Погіршення морального стану ВПО насамперед пов'язана з тим, що негативні думки заважають людині адекватно сприймати життєві складнощі та боротися з ними, це призводить до розпачу та тривожності, тому необхідно застосовувати методи виявлення подібних станів та розробляти профілактичні заходи.

Мета: Дослідити рівень тривожності та депресії ВПО під час повномасштабної війни з РФ проти України.

Матеріали та методи: У дослідженні взяло участь 73 ВПО (50,7% жінок та 49,3 % чоловіків), які на час анкетування перебували у різних регіонах України. Респонденти проходили

тестування в індивідуальній, анонімній та добровільній формі. Використовувалась методика за шкалою депресії Бека.

Результати: На основі проведеного тестування встановили, що у 43,8% осіб, з яких 59,3% жінок та 40,7% чоловіків, мали ознаки розвитку депресивного розладу, а у 56,2% депресивних розладів не виявлено. За результатами дослідження 45,2% респондентів стверджували, що їм погано і сумно; 53,4% відчувати тривогу з приводу свого майбутнього, 57,5% - не задоволені своїм життям; 54,8% - доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати, 50,7% - почали гірше спати і прокидаються втомленими.

Беручи до уваги результати дослідження які були проведено у 2020 році та, порівнявши з даними сьогодення, бачимо, що особи як чоловічої, так і жіночої статі почали в більшій мірі відчувати тривогу з приводу майбутнього, не задоволені життям у 2020 р. - 55,0%, а у 2023р. - 61,6%. ВПО мають проблеми зі сном, відмічають погіршення психічного здоров'я: ознаки тривожного та депресивного реагування, предиктори розвитку емоційного вигорання. Жінки більше схильні до розвитку депресивних розладів і склали 59,3% у порівнянні з чоловіками 40,7%. Проведене анкетування підтверджує, що за період з 2020 до 2023 р.р. відбулося значне погіршення психологічного стану ВПО на 7% щодо здатності протистояти життєвим труднощам та впевнено дивитись у майбутнє, будувати плани та здійснювати мрії. Таким особам необхідна якісна, вчасна психологічна допомога, консультація, діагностика та лікування.

Висновки: Під час дослідження ми виявили, що психоемоційний стан у внутрішньопереміщених осіб як чоловічої, так і жіночої статі значно погіршився у порівнянні з 2020 роком, що пов'язано передусім з повномасштабним вторгненням РФ на територію України. Також можемо відмітити, що жінки більш схильні до розвитку депресивного розладу у порівнянні з чоловіками

М.О. Бортник, В.В. Родінкова

ДЕЯКИ АСПЕКТИ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ДО АЛЕРГЕНІВ ГРИБІВ

Кафедра фармації

В.В. Родінкова (д-р біол. наук, проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: епідеміологічні дані про сенсibilізацію до різних груп алергенів є обмеженими, а через відсутність сучасних методів діагностики грибкова алергія виявляється неповною мірою. Це ускладнює лікування пацієнтів із захворюваннями грибової етіології.

Мета: провести аналіз особливостей регіональної сенсibilізації до грибових алергенів в різних групах населення України для покращення контролю цього захворювання.

Матеріали та методи: використано дані 20033 пацієнтів, протестованих за допомогою багатокомпонентного молекулярного тесту Alex2 у 2020-2022 роках. Хворі проживали в 17 з 25 регіонів України.

Результати: сенсibilізованими до грибів було 3353 хворих, що становило 16,74 % вибірки. Серед них виявлено 2 групи осіб. Одну з них становили люди, чутливі лише до альтернарії (63,53 % сенсibilізованих). Серед них 22 були моносенсibilізованими до Alt a 6; 26 були одночасно сенсibilізованими до Alt a 1 і Alt a 6, а решта (2108 або 62,87 %) були чутливими лише до Alt a 1. Натомість, 694 або 20,70 % були чутливими до різних алергенів інших грибів, окрім альтернарії. Ще 529 або 15,78 % були чутливі як до *Alternaria*, так і до інших грибових алергенів. У двох останніх підгрупах сенсibilізація до *Penicillium* зустрічалася найрідше – 42 пацієнти (1,25 % усіх чутливих до грибів). *Saccharomyces* були передостанніми: до них були чутливі 104 (3,10 %) пацієнти. Найбільш значуща сенсibilізація (631 хворий або 18,82 %) у

групі полісенсibilізованих спостерігалася до *Malassezia*. Наступними були *Aspergillus* (425 пацієнтів, 12,68 %) та *Cladosporium* (418 пацієнтів, 12,47 %).

Регіональна специфіка сенсibilізації до грибкових алергенів варіювала від 7,69 % обстежених осіб у Закарпатській області до 22,99 % та 22,82 % у Вінницькій та Харківській областях відповідно. Четвертою за показником чутливих осіб (21,42 %) була Дніпровщина. Низькі рівні грибкової сенсibilізації були зафіксовані в інших західних областях, таких як Львівська (9,57 %), Івано-Франківська (12,3 %) та Рівненська (12,35 %). Південні приморські регіони посіли 6 (Миколаїв, 18,18 %), 7 (Одеса, 17,79 %) та 9 (Херсон, 17,00%) місця відповідно. Найвищі рівні чутливості окремо до альтернативі спостерігалися у Харкові (18,88 %), Дніпрі (18,29 %) та Миколаєві (18,18 %). Найменше чутливих до цього гриба було в Західній Україні: в Івано-Франківській (7,77 %), у Львівській (5,61 %) та у Закарпатській областях (1,92 %).

Висновки: в Україні спостерігаються регіональні особливості сенсibilізації до грибів з її поширеністю в центральних і північно-східних областях і з найнижчими показниками такої чутливості в західних областях України. Південні регіони перебували всередині рейтингу загальної грибкової сенсibilізації, але посідали перше місце (Миколаїв) за чутливістю до альтернативі. Вона була провідним фактором грибкової сенсibilізації, що спричиняв моносенсibilізованість у 2/3 пацієнтів, чутливих до грибів. *Malassezia*, *Aspergillus* і *Cladosporium* були найбільш значущими факторами у осіб, полісенсibilізованих до решти грибів.

Гаркуша В.В., Сирота М.Г.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ВОДИ В РІЗНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Кафедра загальної гігієни та екології.

О.Ю. Браткова (к.мед.н., доцент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Якість питної води є важливим чинником, що впливає на всі біохімічні та фізіологічні процеси, які відбуваються в організмі людини. Впродовж останніх років актуальним питанням залишається забезпечення населення якісною водою, що відповідає діючим стандартам і санітарним нормативним вимогам. Наразі, в Україні, під час воєнного стану є деякі проблеми із водопостачанням, особливо в зонах активних бойових дій.

Мета: Проаналізувати і порівняти якість води централізованого водопостачання у Вінниці та в Миколаєві станом на літньо-осінній період 2022 року.

Матеріали та методи: Під час роботи ми опирались на результати досліджень якості води центрального водопроводу у містах Миколаєві та Вінниці, проведених у регіональних державних лабораторіях держпродспоживслужби Миколаєва (станом на 31 серпня 2022р) та Вінниці (станом на 15 жовтня 2022р). Провели порівняння за основними органолептичними, фізико-хімічними, санітарно-хімічними, бактеріологічними та токсикологічними показниками.

Результати: Отримані дані, згідно з експертним висновком щодо перевірки відповідності зразку «вода водопровідна (з крану)» свідчать про незадовільну якість води, що подається в Миколаєві під час військового стану. Найбільші відхилення від нормативів: смак склав 5 балів (показник безпечності – не більше 3 балів), загальна жорсткість – 55 ммоль/дм² (показник безпечності – не більше 10 ммоль/дм²), сухий залишок 7930 мг/дм³ (не більше 1500 мг/дм³), наявність підвищеного вмісту хлоридів - 6611,8 мг/дм³ (не більше 350 мг/дм³), амонійних сполук - 3,3 мг/дм³ (не більше 2,6) сульфатів - 968,0 мг/дм³ (не більше 500), заліза 2,63. Значні відхилення спостерігалися за мікробіологічними показниками: наявність ентерококів - 5 КУО/100см³ (мають бути відсутні), ешерихій, загальних коліформ і підвищене загальне мікробне число - 130 КУО/см³ (не більше 100 КУО/см³).

У Вінниці якість води за усіма показниками відповідала нормам відповідно до ДСанПіНу 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною»

Висновки: Водопровідна вода у Миколаєві є небезпечною в токсикологічному та епідеміологічному відношенні і не може використовуватись для задоволення питних потреб без додаткового знезараження та знешкодження. Ймовірніше, це пов'язане з тим, що з травня 2022 року в Миколаєві пошкоджено водопровід і для централізованого водопостачання використовується переважно технічна вода.

Якість води, що подається у Вінниці, відповідає усім необхідним нормативам для питної води з системи централізованого водопостачання під час воєнного стану.

М.С. Герасименко

ВДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.О. Городецька (к.н.фіз.вих, доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сьогодні як в Україні, так і в усьому світі спостерігається погіршення здоров'я та функціонального стану студентів. На думку багатьох фахівців, це пов'язано не тільки з несприятливими екологічними та соціально-економічними умовами, але й зі значним зниженням інтересу здобувачів до занять фізичною культурою і спортом та зменшення кількості годин у закладах вищої освіти.

Одним із найперспективніших шляхів покращення функціонального стану здобувачів є інтеграція в навчальну програму з фізичного виховання у закладах вищої освіти, найбільш популярних сьогодні серед молоді видів рухової активності, в тому числі різних видів гімнастики.

Мета дослідження: визначити та проаналізувати шляхи вдосконалення функціонального стану здобувачів.

Методи та матеріали: ретроспективний системний пошук та аналіз літератури, синтез та узагальнення.

Результати: Провідні науковці в галузі фізичного виховання та спорту підкреслюють, що різні види оздоровчої аеробіки позитивно впливають на рівень фізичної підготовленості та функціональні можливості здобувачів.

Однією з головних умов підвищення ефективності системи фізичного виховання у закладах вищої освіти є включення таких видів аеробних навантажень як степ-аеробіка, фітнес, використання рухливих і спортивних ігор, великого тенісу у навчальний та позанавчальний процес. Зазначені види рухової активності відповідають інтересам студентів, фізіологічним особливостям їх організму та сприяють підвищенню рівня фізичної підготовленості, фізичної працездатності, функціонального стану основних фізіологічних систем та рівня фізичного здоров'я.

Використання різних видів оздоровчої аеробіки відіграє вирішальну роль в оптимізації рухового режиму здобувачів, підвищує ефективність процесу фізичного виховання.

На даному етапі доступні різні методики, програми та методи, застосування яких, окрім інших показників фізичної активності школярів, сприяє розвитку фізичного виховання. Водночас більш перспективним напрямом є забезпечення фізичного виховання на факультативних заняттях, змістом яких є різновид спортивної діяльності, або предмети за вибором. Головною особливістю є педагогічне та методичне забезпечення курсів, які поділяються на освітні етапи: початковий навчальний етап, етап базової та спеціалізованої підготовки.

Висновок: Сучасні види оздоровчої аеробіки, елементи, якої застосовують в процесі фізичного виховання закладів вищої освіти позитивно впливають на функціональний стан здобувачів та мотивують їх до занять.

Т.С. Герасименко

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.О. Городецька (к.н.фіз.вих, доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні роки збільшилася кількість захворювань опорно-рухового апарату, серед яких велику питому вагу займає остеоартроз, що призводить до руйнування тканин і хрящів, основним фактором розвитку остеоартрозів є недостатнє або тривале перевантаження суглобового хряща. Важливим у розробці програми реабілітації є комплексний підхід, який передбачає врахування вікових статевих особливостей та стилю життя. Комплексний підхід повинен включати всі лікувальні заходи, спрямовані на нормалізацію обміну речовин, зменшення болю, поліпшення кровообігу і трофіки тканин в ураженому суглобі. Враховуючи сучасний рівень здоров'я населення, подальший розвиток ефективної системи медичної реабілітації можна вважати одним з найважливіших медико-соціальних завдань сучасної охорони здоров'я.

Мета: Вивчити ефективність використання методів фізичної реабілітації при деформуючих остеоартрозах.

Методи та матеріали: ретроспективний системний пошук та аналіз літератури, синтез та узагальнення.

Результати: Незважаючи на використання сучасних медикаментозних засобів у лікуванні первинного гонартрозу, розробку та впровадження нових медичних технологій є необхідність розробки нових і вдосконалення існуючих методів медичного обстеження та реабілітації хворих даного профілю. Серед засобів медичної реабілітації важливе місце займає природні преформовані фізичні чинники, кінезіотерапія, масаж та їх раціональні поєднання. Особливо ефективною вона є при застосуванні в санаторно-курортних закладах. У цей період пацієнти звільняються від негативних наслідків медикаментозної терапії, а реабілітація спрямована на стимуляцію компенсаторних можливостей організму шляхом поліпшення гемодинаміки і фізичної працездатності, нормалізації метаболічних порушень. Перспективним є використання реабілітаційних програм, заснованих на дослідженнях нових аспектів дії фізичних і преформованих факторів. Це дозволить комбінувати різні реабілітаційні впливи, більш точно прогнозувати результати реабілітації та проводити тривалу підтримуючу терапію.

Висновок: У комплекс реабілітації необхідно включати терапевтичні заходи, спрямовані на нормалізацію обміну речовин, зменшення больового синдрому, поліпшення кровообігу і трофіки тканин хворого суглоба. Комплексна програма медичної реабілітації з використанням основних лікувальних засобів курорту їх диференціація та призначення відповідно до клініко-патологоанатомічних варіантів первинного остеоартрозу виявилась досить ефективною.

Я.В.Гіс, Ю.В.Дубова
**АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ БОЙОВИХ ОТРУЙНИХ РЕЧОВИН В ЛОКАЛЬНИХ
ВІЙНАХ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
М.С. Івашкевич
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Попри «Конвенцію про заборону розробки, виробництва, накопичення, застосування хімічної зброї» (1997), Женевську конвенцію (1949), хімічна зброя досі є поширеним методом ведення війн. Використання токсичних газів під час військових дій відбулось з античних часів. Широке тлумачення положень Конвенції було до початку Першої світової війни. Перше застосування хімічної зброї відбулось у 1914 р., хлороводень (через застосування постраждало близько 14 тис. людей). Протягом 1930 років ведучими країнами світу було накопичено величезні запаси хімічної зброї: нервово-паралітичної дії (зарин, табун). У Сирії (2018) РФ використала близько 50 разів хімічну зброю, яка не мала ні кольору, ні запаху, від атак загинули від 322 до 1729 осіб. Останнє використання РФ було зафіксоване у Маріуполі 11 квітня 2022 року. Кількість жертв від цієї зброї перевищує мільйони загиблих та поранених.

Мета: Проаналізувати застосування бойових отруйних речовин в локальних війнах.

Матеріали та методи: аналіз даних фахових журналів та інтернет-ресурсів: PubMed, Amboss впродовж 2003-2023 рр.

Результати: Німеччина в 1914 р. вперше застосувала хлор, к-сть постраждалих ~ 3-15 тис.; застосування фосгену Німеччиною у 1915 р. жертв становило ~ 14 тис. (M.Dando, 2003). Використаний у 1917 році Іприт – «король бойових газів» призвів до 91 000 жертв і 1,2 млн поранених, що становить 80% хімічних втрат (St.Martin's Press, 2006). У 1935 р. Італія у війні з Ефіопією застосовує іпритні бомби (~5тис.жертв). Під час Японсько-Китайської війни (1937–1945) застосовували: іприт, синильну кислоту, фосген та ін., жертв становило ~ 80 тис. (Holt, Benjamin, 2003). З 1980 по 1988 рік ~ 27 000 іранців, які зазнали впливу іприту із них 265 загинуло (M.Malcolm Dando,2003). Сирією було використано «Зарину» у 2013 році (жертв становило 1.5 тис.); 2017 р. – загинуло ~ 100 осіб, понад 300 отримали отруєння різного ступеню (Jeffrey M., 2013). Останнє застосування хімічної зброї зафіксовано 11 квітня 2023 р. РФ в Маріуполі не розпізнаною отруйною речовиною. Широке застосування хімічної зброї обумовлене низькою смертельною дозою, легким доставленням та універсальністю.

Заборона використання зброї масового ураження (хімічного) була прописана у Конвенції (1993 р.). Припинити виробництво хімічної зброї та знищити всі запаси до 2007 р. Конвенція зобов'язала країн-учасників виконати всі умови, але деякі країни, як РФ не дотримуються цих домовленостей і грубо їх порушують під час повномасштабної війни (2023).

Висновок: За результатами метааналізу найбільш часто застосовували отруйні речовини: табун, хлор та його похідні. На першому місці, за числом жертв – іприт (понад 100 тис. жертв та близько 2 млн поранених). У арміях країн НАТО постійно здійснюється удосконалення напрямку медичного забезпечення військовослужбовців від будь-якої хімічної, радіаційної загрози, що вкрай необхідно на даний час Україні.

Є.С. Гончарова
**ЗРОСТАННЯ ПОШИРЕНOSTІ АСТМИ, АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ ТА РОЛЬ
ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ**

Кафедра загальної гігієни та екології
О.Б. Дударенко (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зростання поширеності астми та алергічного риніту є серйозною проблемою здоров'я, яка знаходиться в центрі уваги науковців та медичних працівників. При цьому, важливу роль у розвитку цих захворювань можуть відігравати екологічні фактори. Вивчення ролі екологічних факторів у збільшенні поширеності астми та алергічного риніту є надзвичайно важливим для забезпечення ефективної профілактики та лікування цих захворювань.

Мета: Метою даної наукової роботи є оцінка ролі екологічних факторів у зростанні поширеності астми та алергічного риніту. Зокрема, метою є визначення впливу забруднення повітря, води, ґрунту, а також пестицидів та інших хімічних речовин на здоров'я людини та ризик розвитку астми та алергічного риніту.

Матеріали та методи: Проведено аналіз та узагальнення сучасних публікацій із ресурсів "PubMed", "Google Scholar", "Web of Science", "Scopus". Опрацьовано літературу із використанням порівняльного, теоретичного та описового методів.

Результати: Було встановлено, що зростання поширеності астми та алергічного риніту пов'язане з різноманітними екологічними факторами, такими як забруднення повітря, поганий екологічний стан житла, вживання харчових продуктів з високим рівнем хімічних домішок та інші. Було встановлено, що підвищений рівень забруднення повітря та висока концентрація алергенів у ньому збільшують ризик розвитку астми та алергічного риніту. Також було виявлено, що вживання харчових продуктів з високим рівнем хімічних домішок може викликати розвиток харчової алергії. Дослідження підтверджує необхідність збільшення уваги до проблем екологічного стану довкілля та контролю за використанням хімічних домішок у харчовій промисловості. Результати дослідження можуть бути використані для розробки стратегій профілактики та лікування астми та алергічного риніту, зокрема шляхом зменшення впливу екологічних факторів на здоров'я людини.

Висновки: На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що для зниження ризику розвитку алергічних захворювань та астми необхідно звернути увагу на покращення екологічної ситуації в регіонах, зменшення вживання оброблених та консервованих продуктів, збереження природного ландшафту, здійснення фізичної активності та зменшення надмірної гігієни навколишнього середовища. Також необхідно проводити додаткові дослідження щодо впливу конкретних хімічних домішок та інших екологічних факторів на здоров'я людини, щоб розробити ефективні методи профілактики та лікування цих захворювань.

М.В. Григоренко

ВПЛИВ ПЕРІОДИЧНОГО ВІДКЛЮЧЕННЯ ЕЛЕКТРОЕНЕРГІЇ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ТА ВИЗНАЧЕННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ДЖЕРЕЛА ШТУЧНОГО ОСВІТЛЕННЯ, ЩО НАЙКРАЩЕ ВІДПОВІДАЄ ГІГІЄНІЧНИМ ВИМОГАМ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: період 2014-2023 рр. є для українців справжнім випробуванням. Восени 2022 року через масову зруйнованість російськими загарбниками електростанцій України виникає необхідність екстреної та планової економії електроенергії. Вводяться районні почергові відключення світла. У зв'язку з цим з'являється потреба використання альтернативних джерел штучного освітлення та енергії задля продовження праці та навчання навіть в умовах їх дефіциту.

Мета: Оцінити вплив умов дефіциту штучного освітлення на здоров'я та режим дня студентів. Проаналізувати фактори ризику. Визначити альтернативні джерела штучного освітлення, що найкраще відповідають гігієнічним вимогам.

Матеріали та методи: Соціальне опитування методом анкетування, експеримент, моделювання, наукові матеріали з мережі Інтернет.

Результати: Опитування включає такі категорії оцінки: адаптація, сон, психологічний стан, стан ШКТ, опорно-рухового апарату, органу зору. Отже, 35,9% опитуваних вважають себе неадаптованими до режиму погодинного та екстреного вимкнення світла. Повна заміна нічного сну денним спостерігається у 25%. Навчання вночі практикують 65,6%. Бажання спати збільшилося у 61%, з них 31,3% нехтують ним. У питаннях з відкритою відповіддю велика частка опитуваних визначає тиск часом (робота вимагає більше часу, ніж на неї відведено погодинно), а також негативні зміни з боку ШКТ, опорно-рухового апарату, основного аналізатора організму людини – органу зору. Порушується проблема навчання у сутінках, при нестачі тепла, тривалому вимушеному положенні. Експериментально встановлюємо, що з урахуванням змодельованих умов найбільш раціональними альтернативними джерелами штучного освітлення є: 1 місце – стандартний універсальний кишеньковий ліхтарик (3 Вт, ХРЕ-режим, під кутом), що дає на робочій поверхні 209 та 344 лк у двох визначених у експерименті стандартних положеннях; 2 місце – налобний ліхтарик (1 Вт, СОВ-режим), 448 та 293 лк; 3 місце – налобний ліхтарик (1 Вт, ХРЕ-режим), 102, 400 та 796 лк у трьох зонах освітлення.

Висновки: Періодичне обмеження електропостачання суттєво впливає на режим дня, здоров'я та життя студентів в цілому. Питання визначення та використання найбільш раціонального альтернативного джерела штучного освітлення є дуже актуальним з гігієнічної точки зору. Потужність світлового потоку джерела штучного освітлення, об'єм кімнати, розміщення та кількість світлоточок, а також рівномірність падіння пучка світла на робочу поверхню – це взаємозалежні та невід'ємні фактори вибору найбільш відповідного гігієнічним нормам джерела. Врахування фізичних властивостей джерела освітлення, а саме варіабельність можливостей розміщення його відносно робочої поверхні, є важливим експериментальним аспектом задля моделювання найбільш реалістичних умов праці, в яких навчаються сучасні студенти.

А.А. Гудзенко

СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА.

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

О.О. Дубовий (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На жаль, під час бомбардувань рф українці потрапляють під завали зруйнованих будівель і наслідком цього являється синдром тривалого стиснення. Стиснення кінцівок або інших частин тіла викликає набряк м'язів та/або неврологічні розлади в уражених ділянках тіла. Зазвичай уражені ділянки тіла включають нижні кінцівки 74%, верхні кінцівки 10% і тулуб 9%. Наслідками синдрому тривалого стиснення (СТС) є лихоманка, серцева аритмія, пневмонія, олігурія, ниркова недостатність та респіраторний дистрес-синдром. СТС може стати причиною не тільки негайної смерті, але й інвалідності.

Мета: Дослідити наслідки синдрому тривалого стиснення та алгоритм надання першої медичної допомоги.

Матеріали та методи: аналіз даних вітчизняних журналів та інтернет-ресурсів: PubMed, UpToDate, NCBI впродовж 2021-2023 р.р.. А також використання зарубіжної літератури (Oda J, Tanaka H, Yoshioka T, et al. Analysis of 372 patients with Crush syndrome caused by the Hanshin-Awaji earthquake. J Trauma 1997).

Результати: Повномасштабна війна рф забрала життя близько 8 тисяч цивільних людей. У Запоріжжі 9 жовтня 2022 р., у зв'язку з бомбардуванням російської армії, з-під 200 тонн

залишків будівельних конструкцій виявлено тіла 15 людей; у Києві, станом на 9 листопада 2022 р., 40 людей загинули під завалами будинків чи інших конструкцій; 14 січня 2023 р. під час чергового масованого обстрілу одна з ракет влучила у дев'ятиповерхову будівлю у Дніпрі, загалом загинуло 45 людей, серед них шестеро дітей; у Кременчуці 27 червня 2022 р. загинула 21 людина; м. Вінниця 14 липня 2022 р., влучання російської ракети забрало життя щонайменше 20 людей.

Згідно з алгоритмом надання домедичної допомоги потрібно: накласти джгут вище місця стиснення та звільнити кінцівки від предмета, який тисне на них; провести туге бинтування кінцівки від периферії до центру; зафіксувати кінцівку шинами; обкласти придавлену кінцівку холодними предметами; дати знеболювальне та викликати швидку допомогу. Якщо у пошкодженій кінцівці функція згинання і розгинання в суглобі неможлива (трупне залякання), це свідчить про незворотню ішемію, і зняття джгута протипоказане; якщо пасивні, або активні рухи в дистальному суглобі від місця тривалого стиснення збережені – ішемія зворотня, тоді джгут можна зняти.

Забороняється: звільняти здавлену кінцівку без попереднього накладання джгута; зігрівати здавлені кінцівки і давати постраждалому велику кількість рідини.

Висновки: Частота синдрому тривалого стиснення становить 2-15%, приблизно у 50% людей із СТС розвивається гостра ниркова недостатність. Більшість летальних випадків при масових здавленнях відбувається на місці події внаслідок травматичної асфіксії, важкої черепно-мозкової травми та тяжкого геморагічного шоку. «Час під завалами» є важливою детермінантою виживання. До 80% жертв, які потрапили в пастку, швидко помирають від прямих наслідків травми або травматичної асфіксії, 10% виживають після незначних травм, тоді як інші 10% отримують важкі ускладнення.

М.О.Волкотруб, І.А. Дзьоник
**ЗНЕБОЛЕННЯ В БОЙОВИХ УМОВАХ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ
(ПОРІВНЯННЯ ПІДХОДУ ТССС ТА НАКАЗУ МОЗ №1122)**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (доцент, к.мед.н.), М.В. Матвійчук (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: знеболення є одним з найважливіших елементів допомоги пораненим на догоспітальному етапі. У суворій бойовій обстановці наявність багатьох варіантів може бути недоречним, адже може завдати шкоди пораненому через використання невідповідного препарату для знеболення. Метою адекватної аналгезії є прискорення проведення життєво необхідних втручань, збереження тактичних умов, запобігання захворюваності та смертності.

Мета: проаналізувати поточні рекомендації щодо знеболення в бойових умовах на догоспітальному етапі, розроблених Комітетом з тактичної допомоги пораненим (ТССС) у порівнянні з Наказом МОЗ України від 28 червня 2022 року № 1122.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз вітчизняних та зарубіжних публікацій за період з 2016-2022р. з ресурсів PubMed, GoogleScholar, Medline, Elsevier.

Результати: згідно результатів досліджень, розроблених Комітетом з тактичної допомоги пораненим (ТССС) встановлено, що стратегія потрібної аналгезії залежить від ступеню інтенсивності болю. Таким чином, при слабкому та помірному болю, коли поранений ще може виконувати бойове завдання, рекомендовано: парацетамол 650 мг, по 2 капсули кожні 8 годин; мелоксікам 15 мг 1 раз на добу перорально.

Відповідно, для помірного або сильного болю, якщо у пораненого немає шоку чи дихальної недостатності та немає значних передумов для їх розвитку, використовуємо фентанілу цитрат 800 мкг (спеціальна пастилка, яку поміщають між щогою і яснами, що забезпечує швидке

проникнення через слизову оболонку). При такій же інтенсивності болю, але з наявністю у пораненого геморагічного шоку або дихальної недостатності, чи значного ризику розвитку обох цих станів, застосовуємо кетамін 50 мг в/м або інтраназально або кетамін 20 мг повільно в/в або в/к. (повторювати дозу за потреби кожні 30 хвилин для в/м або інтраназального введення, а кожні 20 хвилин для в/в або в/к введення). У всіх випадках потрібно контролювати зміну динаміки болю та розвиток ністагму.

Згідно Наказу МОЗ України № 1122 (2022), рекомендована наступна схема аналгезії залежно від інтенсивності болю: для помірної – парацетамол per os, сублінгвально або ібупрофен, напроксен, диклофенак per os; для середньої інтенсивності - закис азоту/кисень інгаляційно або метоксифлуран інгаляційно та парацетамол (per os, сублінгвально, в/в), ібупрофен або напроксен або диклофенак (per os, в/в) або кеторолак в/в та метамізол натрію per os як одноразова доза або повільно в/в вінфузії та кодеїну фосфат per os або трамадол per os. Відповідно для вираженого болю згідно наказу рекомендується три лінії лікування: 1 лінія-морфін в/в або фентаніл (в/в, інтраназально), сублінгвально або суфентаніл інтраназально, сублінгвально; 2 лінія включає парацетамол в/в та кодеїну фосфат per os або трамадол або оксікодон per os; 3 лінія –кетамін (в/в, інтраназально, в/м).

Висновки: таким чином, підхід TCCC Triple-Option Analgesia для купірування болю в бойових умовах на догоспітальному етапі забезпечує простий, ефективний та безпечний підхід, який успішно запроваджений в українські протоколи для військових медиків на сьогоднішній день.

Б.О. Димніч, М.А. Стасюк

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАЬ ЗДОБУВАЧАМИ АГРАРНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ УКРАЇНИ ЩОДО НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Знання домедичної допомоги безцінні для кожного громадянина нашої країни, яка знаходиться в умовах повномасштабної війни. Це дає змогу надати домедичну допомогу постраждалим до прибуття бригади екстреної допомоги. Навички надання домедичної допомоги можна застосовувати вдома, на робочому місці чи в громадських місцях. Тому, чим більше в громаді сертифікованих людей з надання допомоги, тим безпечнішою стає ця громада.

Мета: Дослідити рівень знань та навичок щодо надання домедичної допомоги здобувачами аграрних університетів України.

Матеріали та методи: У дослідженні взяло участь 43 студента (76,7% жінок та 23,3% чоловіків), які на час анкетування навчаються в Житомирському та Вінницькому аграрному закладі вищої освіти (ЗВО). Респонденти проходили анкетування в індивідуальній, анонімній та добровільній формі.

Результати: За результатами проведеного анкетування встановлено, що 72,1% здобувачів, з яких 76,7% жінок та 23,3% чоловіків, доводилося бути присутнім при ДТП, а інші 27,9% не зустрічалися з такою ситуацією. За результатами дослідження 32,6% респондентів стверджували, що вони були розгублені під час надання домедичної допомоги; 23,3% відчували страх, паніка опанувала 18,6% здобувачів; і лише 9,3% були впевненими в своїх діях під час ДТП. Беручи до уваги результати дослідження, бачимо, що 74,4% особи як чоловічої, так і жіночої статі під час надзвичайної ситуації надавали домедичну допомогу. З них – 79,1% не мали медичної освіти і не проходили спеціальні курси. Навчаючі в аграрних університетах 11,6% здобувачів мали медичну освіту і 9,3% проходили спеціальні курси з надання домедичної допомоги. За даними опитування найчастіше здобувачам доводилося зупиняти артеріальну кровотечу – 7%, на другому місці проводити серцево-легеневу реанімацію (СЛР)

та іммобілізувати переломи кінцівок. Слід зазначити, що навичками проведення СЛР не володіють 69,8% здобувачів цих ЗВО, з них 50% має неправильні знання щодо техніки проведення СЛР: частоту та глибину компресій грудної клітки, співвідношення компресій та вдихів (20:3), якщо потрібно (30:2). Проведене анкетування підтверджує, необхідність запровадження обов'язкових навчань для здобувачів різних вузів, де вони зможуть опанувати навички домедичної допомоги для потерпілих у всіх екстрених/надзвичайних ситуаціях, особливо в час, який змінив буденність та приніс величезну кількість екстрених випадків, коли життя людини на межі. У підсумках опитування здобувачів аграрних ЗВО відмічено, що 98% хотіли б отримати знання та навички щодо надання домедичної допомоги.

Висновки: Під час дослідження ми виявили, що лише 17% здобувачів ЗВО мають достатній рівень знань та навичок, щоб надати домедичну допомогу, проте 98% хочуть удосконали свій рівень на стільки, щоб була можливість навіть при стресових ситуаціях якісно надати домедичну допомогу та зберегти життя потерпілому.

А.О. Дімова

ОРГАНИ МІШЕНІ ПРИ ГЕМОРАГІЧНОМУ ШОЦІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Основні причини смерті людей до 60 % виникає через великі втрати крові та шоку; 33 % - напружений пневмоторакс, 6 % - непрохідність дихальних шляхів.

Мета: Проаналізувати наукові дані світової та вітчизняної літератури щодо основних органів мішеней при геморагічному шоці.

Матеріал та методи: аналіз даних фахових журналів та інтернет-ресурсів: PubMed, UpToDate, Amboss впродовж 2021-2022 р.р.

Результат: При геморагічному шоці нирка реагує найшвидше з усіх органів на зменшення насичення киснем тканин. Частим ускладненням при геморагічному шоці є гостра ниркова недостатність 28,4% в усьому світі (К. Kramer, 2021), що зумовлює високу смертність від геморагічного шоку (всього 68% по світу; з них 40% через травми, 28%- кровотечі породілля (Lusia Angulo, 2022).

Як наслідок гострої ниркової недостатності утворюється “тріада смерті” або “летальна тріада”: коагулопатія, гіпотермія та ацидоз (Hooper N., Armstrong T.J., 2022).

У 67% хворих з геморагічним шоком розвивається ендотеліопатія та коагулопатія; вони не є окремими процесами, а взаємопов'язані; виникають в межах однієї системи органів - синдром геморагічної недостатності крові (Hooper N., Armstrong T.J., 2022). На фоні гострої гіпоксії виникає зниження транспортування кисню до тканин, і як результат ішемія тканин. Зв'язок між кисневим голодуванням та традиційною органною недостатністю (нирок, легень) вже давно з'ясовано, а також виникає стійкий зв'язок між двома взаємозв'язаними динамічними системами органів, кров'ю та ендотелієм. Ступінь пошкодження ендотелію залежить від ступеня кисневого голодування, а отже від об'єму крововтрати. Гіперперфузія призводить до гострої травматичної коагулопатії, а таке поєднання призводить до змін ендотелію.

Тимчасова компенсаторна тахікардія - коли організм намагається зберегти доставку кисню до мозку та серця, кров відтікає від кінцівок та життєво-важливих органів. Це спричиняє похолодання та моделювання кровотоку до кінцівок із затримкою наповнення капілярів та зрештою призводить до ацидозу.

У 82% хворих з геморагічним шоком виникає метаболічний ацидоз (Taghavi S., Nassar A.K., Askari R., 2022), а саме велика кількість метаболітів та кислих поліпептидів впливають на систему загальної циркуляції які пригнічують роботу міокарду, бо мають токсичну дію, і в результаті знижують серцевий викид та ще більше навантажують роботу нирки.

До травми нирки від геморагічного шоку призводить поєднання тканинної ішемії, недостатньої евакуації метаболітів розпаду та виснаження ниркової тканини. Для виживання ішемізованої нирки має вирішальне значення реперфузія нирки, яка призводить до додаткової травматизації.

Висновок: Отже, серед пацієнтів з масивною крововтратою і геморагічним шоком основною причиною смерті є гостра ниркова недостатність (28,4%), прослідковується закономірність: зі збільшенням об'єму крововтрати посилюються процеси декомпенсації, сила враження органів посилюється в геометричній прогресії, і період їх відновлення; буде залежати від швидкості надання першої домедичної допомоги.

А.О. Вітюхіна, М.І. Дяченко

МЕТОДИ КОНСЕРВУВАННЯ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В. Тисевич (асистент, магістр медицини)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день, у часи воєнного стану та постійних перебоїв з електроенергією, актуальне питання по збереженню продуктів харчування. Існує чимало методів обробки їжі, однак найбільш простим та доступним є консервування. Воно зберігає смак продукту, який можна споживати без додаткової кулінарної обробки після відкриття.

Мета: розглянути різні методи консервування та порівняти їх, виділити найкращі з них.

Матеріали та методи: аналіз літератури стосовно різних методів консервування їжі в наукових інтернет-джерелах (PubMed, MedScape, Scopus, GoogleScholar).

Результати дослідження: у консервуванні застосовують такі методи: фізичний (дія низької та високої температури (стерилізація, пастеризація)), фізико-хімічний (соління, застосування цукру, сушіння, желювання), хімічні (маринування), біохімічні (квашення, соління, мочіння), комбіновані (копчення, в'ялення).

Охолодження уповільнює біохімічні процеси в продуктах, тим самим пригнічує ріст та розмноження більшості мікроорганізмів (далі м/о), при цьому зберігаються ферменти, вітаміни, ароматичні та смакові якості продукту. Варто зазначити, заморожування поступається охолодженню, оскільки подальший процес розморожування сприяє руйнації більшості корисних мікроелементів.

Пастеризація сприяє гибелі значної кількості м/о, проте деякі спори можуть залишатися, тому нерідко вдаються до повторної процедури. Противагою є стерилізація, яка є нещадною як до мікробів, так і до їхніх спор, але має негативний вплив на якість продукту, знижуючи його харчову цінність, за рахунок руйнування білків, цукрів, крохмалю та вітамінів.

Використання висококонцентрованих сольових та цукрових розчинів, дає змогу пригнічувати розвиток м/о, шляхом їхньої дегідратації, проте вони згубно діють на білки та вітаміни.

За допомогою сушіння створюють несприятливі умови для життєдіяльності багатьох м/о, такий метод зберігає високоенергетичну цінність їжі.

Желювання направлене на зменшення вільної води у продуктах за рахунок пектину, желатину. Маринування, здатне окрім пригнічення патогенності м/о, змінювати смак продукту, при цьому майже не впливаючи на його цінність.

Такі методи як квашення, мочіння, соління запобігають гниттю та як наслідок псуванню їжі, при цьому надаючи приємний смак та аромат.

Копчення та в'ялення – поєднують якості хімічних та фізико-хімічних методів.

Для консервування в залежності від продукту використовують різні речовини: сорбінова, аскорбінова кислоти, сахарин (фрукти, ягоди); мурашина, оцтова, лимонна кислоти (овочі); саліцилова, сорбінова кислоти (риба, м'ясо).

Висновки: Перераховані методи консервування мають ряд переваг та недоліків, одні з них агресивні до м/о при цьому знижують харчову цінність продукту (заморожування, стерилізація), інші ж, що зберігають вітаміни, ферменти, смак і аромат та не завжди ефективні у боротьбі з мікробами (охолодження та пастеризація). При виборі способу консервування варто враховувати можливість його застосування, продукт та необхідний термін зберігання.

А.Ю. Заводяк

ТЯЖКІСТЬ УШКОДЖЕНЬ ПРИ МІННО-ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ ЗАЛЕЖНО ВІД МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ОСОБИ НА МОМЕНТ ВИБУХУ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (зав. кафедри, доцент, к.мед.н.), В.В. Чорна (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З 24 лютого 2022 року до 18 грудня 2022 року за даними Управління Верховного комісара ООН з прав людини зафіксовано 17595 випадків загибелі та поранення цивільних осіб в Україні. З них: 6826 загиблих і 10759 поранених. Станом на 1 грудня 2022 року за даними Офісу президента втрати української армії становлять до 13000 військових. Більшість зафіксованих втрат та поранень як серед цивільних, так і серед військових були спричинені шляхом застосування вибухової зброї з великою зоною ураження. Тяжкість ушкоджень при мінно-вибуховій травмі (МВТ) залежить від багатьох факторів: місцезнаходження особи на момент вибуху, сили вибуху, дії ударної хвилі, а також інших додаткових чинників.

Мета: дослідити особливості поранень при мінно-вибуховій травмі залежно від відстані до епіцентру вибуху цивільних та військових осіб, які знаходяться в умовах російського вторгнення в Україну з 2022 року.

Матеріали і методи: при виконанні роботи використані наступні методи: контент-аналіз, порівняльний аналіз та систематизація дослідженого матеріалу. Проаналізовано 243 примірники висновків експертів судово-медичної експертизи трупів військовослужбовців, доставлених із зони бойових дій та тіл цивільних осіб, що постраждали внаслідок ракетного удару по м. Вінниця в період 2022-2023 р.р. Крім того, частково вивчені матеріали кримінальних впроваджень, що надавалися слідчими при проведенні судово-медичних експертиз, а саме: протоколи огляду місця подій та протоколи допитів свідків, в яких містилися відомості щодо перебування окремих осіб в конкретних місцях під час вибухів.

Результати: компоненти та складові МВТ залежать від місцезнаходження особи на момент вибуху, сили вибуху, типу вибухового пристрою, дії ударної хвилі, первинних та вторинних елементів ураження, дії високої температури та продуктів вибуху і горіння. Згідно з архівним матеріалом, у більшості осіб мали місце комбіновані (механічні, термічні) ушкодження передньої та задньої поверхні тулуба (85%), а саме переломи кісток (25%), забої та розриви внутрішніх органів (68%), проникаючі та поверхневі осколкові поранення (95%), опіки (64%), відкриті (15%) та закриті черепно-мозкові травми (17%). Також встановлені відмінності ушкоджень при МВТ у цивільних та військових осіб, які пов'язані з наявністю у військових захисного спорядження та підготовки щодо поведінки під час ракетного обстрілу. Аналіз досліджених випадків вказує на низьку залежність між тяжкістю травмувань та відстанню особи до епіцентру вибуху. Водночас прослідковується чітка закономірність значного зниження тяжкості ушкоджень при знаходженні осіб за умовними перешкодами (стінами, захисними спорудами). Спостерігається залежність від позиції та пози людини (лежачи на землі, напівлежачи, напівсидячи) та тяжкості ушкоджень під час ракетних обстрілів та вибухів, які вони спричиняють.

Висновки: За результатами дослідження тяжкість ушкоджень при мінно-вибуховій травмі залежить від місцезнаходження людини на момент вибуху, типу вибухового пристрою та його сили, а також інших додаткових чинників.

О.Ю. Зозуля

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Є.І. Іванова (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними опитування SingleCare, 2020 року, 62% респондентів повідомили, що відчувають певний ступінь тривоги. З початком повномасштабного вторгнення Росії в Україну численна кількість українців зіштовхнулася з погіршенням емоційного стану, а саме тривожними розладами, панічними атаками, депресією, пригніченням, стресом тощо. Відомо, що фізична активність здатна знизити рівень гормонів стресу (адреналіну та кортизолу), і збільшити вироблення гормонів щастя (ендорфінів).

Мета: Дослідити та оцінити вплив фізичної активності на емоційний стан людини до початку та після повномасштабного вторгнення.

Матеріал та методи:

- проведення анонімного анкетування 130 людей віком від 13 до 60 років;
- аналіз відповідей опитуваних, що вказують на наявність впливу фізичної активності на емоційний стан людини до початку регулярних занять спортом під час війни;
- аналіз джерел наукової літератури та інтернет-ресурсів.

Результати: Проведено анонімне опитування серед 130 людей, яке мало на меті вивчити вплив регулярних занять спортом на емоційний стан людини під час війни. Отримані результати свідчать про те, що фізична активність значно впливає на емоційний стан людини під час війни. Зокрема, 84% опитуваних відчували тривогу після початку повномасштабного вторгнення, а 12% відчували її частково. За результатами опитування, 70% опитуваних, які регулярно займалися, підтвердили підвищення настрою після фізичних вправ, а 55% вказали, що фізична активність допомогла їм знизити рівень стресу та тривоги, тоді як 33% відчували це частково.

Висновки: Згідно з отриманими результатами опитування 130 людей, більш як половина відчула позитивний вплив фізичної активності на емоційний стан під час війни, знизивши рівень стресу та тривоги. Ці висновки дозволяють стверджувати, що фізична активність може бути ефективним інструментом для підтримки психологічного благополуччя людей під час війни. Отже, для того, щоб знизити ризик розвитку депресії, тривоги та інших негативних емоційних станів під час війни, варто підтримувати звичку регулярних занять спортом - силові тренування, кардіотренування, плавання, йога. Будь-який вид фізичної активності матиме вплив на покращення емоційного стану людини під час війни.

Т.Й. Калинич, Я.М. Присяжнюк

РИЗИК ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
В.Ю. Ангельська (ст. викладач), В.М. Кондратюк (д. мед. н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вивчення синдрому емоційного вигорання та шляхів його подолання зумовлена не тільки його негативною дією на ефективність праці, але і тим, що воно впливає на все життя людини, змінюючи його психічний та соматичний стан, призводить до втрати здоров'я, до появи психологічних проблем та особистісних змін. Медичний працівник-професія, яка тісно пов'язана із синдромом емоційного вигорання. В силу того, що іде тісний контакт «людина-людина» (лікаря з пацієнтами та їх родичами, колегами), тим самим знаходяться в «групі ризику».

Мета дослідження: Визначення синдрому емоційного вигорання, рівень тривожності та самооцінки депресії у студентів медичного університету.

Матеріали і методи: Дослідження проводилось серед студентів ВНМУ 1-6 курсів, з них 67 – дівчат та 8- хлопців. Інструментом для отримання даних була створена анонімна електронна анкета Google-форма, що включала в себе питання методик: «Дослідження синдрому «вигорання» (Грінберга Дж.), шкали Занга для самооцінки депресії (Self-rating depression scale SDS) та шкали тривоги Бека.

Результати: Одним із феноменів деформації особистості є емоційне вигорання. Знання про цей стан людини має важливе значення для професійної діяльності. Формування синдрому емоційного вигорання ще починається під час навчання у ЗВО. Компоненти навчання: труднощі у комунікації, невиправдані очікування, соціальне порівняння, незадоволеність начальним процесом, відчуття несправедливості в оцінці знань, повітряні тривоги є факторами для розвитку емоційного вигорання. В опитуванні прийняло участь 75 студентів, серед яких : 67 (89,9%) - жінки, 8 (10,1%) - чоловіки. Вік респондентів від 17 до 23 років, максимальна кількість опитаних була з вікової категорії 19-20 років- 48 осіб.. За методикою «Дослідження синдрому вигорання» : низький рівень вигорання- 20(26,6%), середній рівень вигорання- 40(53,4%), високий рівень вигорання- 15(20%). Шкали Занга для самооцінки депресії: нормальний стан- 68(90,6%), легка депресія- 7(9,4%), помірна/тяжка депресія- 0. Шкала тривоги Бека: норма- 8(10,6%), легкий рівень тривоги- 11(14,7%), середній рівень тривоги- 29(38,7%), високий рівень тривоги- 27(36%).

Висновок. Повномасштабне вторгнення агресора на територію України впливає на формування СЕВ серед студентів усіх курсів, на яких впливають психологічні фактори війни. Варто відзначити, що емоційне вигорання охоплює три основні складові: енергетичну, емоційну та екзистенційну. Опитування показало, значна частина студентів- медиків мають середній рівень синдрому емоційного вигорання- 53,4% та середній рівень тривоги- 14,7%, що вказує на проблему та її корекцію. Студенти проводять значну частину свого часу в університеті. Тому все, що відбувається під час навчання впливає на їхнє самопочуття. Щоб уникнути СЕВ, варто дотримуватись простих правил: потрібно прислухатися до свого внутрішнього голосу та об'єктивно оцінювати свої професійні можливості, встановити та підтримувати баланс між навчанням та відпочинком, можливість отримати нові позитивні емоції.

Т.І. Козар, В.М. Рябовол

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА НАПРУЖЕНОСТІ ПРАЦІ ОПЕРАТОРА ПРИ ВИРОБНИЦТВІ НАНОПОРОШКУ ДІОКСИДУ ТИТАНУ МЕТОДОМ ТЕРМІЧНОГО СИНТЕЗУ НА БАГАТОСЕКЦІЙНІЙ ОБЕРТОВІЙ ПЕЧІ

Кафедра гігієни та екології №2

В.М. Рябовол (асистент)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: У Інституті проблем матеріалознавства імені І. М. Францевича НАН України була розроблена технологія термічного синтезу нанокристалічного порошку діоксиду титану (нано-TiO₂) за неізотермічних умов через нелінійний нагрів. Синтез нанопорошків відбувається на багатосекційній обертовій печі, яка є експериментально-виробничою і може бути безперервною та масштабованою для промислового використання. Це робить багатосекційну обертovu піч універсальною установкою для синтезу наночастинок. Наразі потрібно провести гігієнічне дослідження технологічного процесу та напруженості праці операторів синтезу, щоб визначити можливі ризики та шкідливі фактори виробничого середовища.

Мета роботи: Гігієнічна оцінка напруженості праці операторів синтезу нанопорошку діоксиду титану методом термічного розкладу метатитанової кислоти на багатосекційній обертовій печі.

Матеріали та методи: Гігієнічні дослідження технологічних процесів та факторів виробничого середовища згідно «Гігієнічної класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» № 248 затвердженою МОЗ від 08.04.2014 .

Результати: Для синтезу нанопорошку TiO₂ використовують метатитанову кислоту, яку термічно розкладають у багатосекційній печі обертання на трьох етапах: завантаження сировини, прожарювання та збір порошку у ємність. Гранульований порошок метатитанової кислоти нагрівають зі швидкістю 5°C/хв до температури 600°C.

Робота установки розпочинається зі включення всіх секцій та їх нагріву до відповідної заданої температури. Оператор контролює піднімання температури в кожній секції печі для досягнення необхідного розподілу температури вздовж печі.

Нами здійснено оцінку напруженості праці оператора зайнятого синтезом нанопорошку діоксиду титану за групою показників сенсорних та емоційних навантажень. За тривалістю зосередження уваги (в % від часу зміни) визначене нами значення становить 70, що відповідає згідно додатку 16 Гігієнічної класифікації праці – класу 2, допустимому, напруженість праці середнього ступеня (51-75).

Навантаження на зоровий аналізатор характеризується: розрізненням об'єкту 0,7 мм 10% часу, що відповідає згідно додатку 16 Гігієнічної класифікації праці – класу 2 (1,0-0,3 мм до 50 % часу) і спостереження за екранами відеотерміналів 1,7 годин на зміну, що відповідає згідно додатку 16 Гігієнічної класифікації праці – класу 1 (до 2).

Емоційне навантаження оператора оцінили за показником ступеня відповідальності за результат своєї діяльності і значущості помилки. Ми визначили, що оператор несе відповідальність за виконання окремих елементів завдання і одержання якісної продукції синтезу, його помилка не може бути виправлена для партії продукту. Згідно додатку 16 Гігієнічної класифікації праці відносимо за цим показником до класу 3.1 шкідливий (напружена праця) 1 ступеню.

Висновки: Оцінка напруженості праці оператора при виробництві нанопорошку діоксиду титану методом термічного синтезу на багатосекційній обертовій печі за критеріями Гігієнічної класифікації праці № 248 свідчить, що напруженість праці відповідає класу 3.1 (шкідливий, напружена праця) за показником ступеня відповідальності.

Н. В. Колейко, А. Р. Вітюк
**ОРГАНІЗАЦІЯ РЕЖИМУ ДНЯ СТУДЕНТІВ ВНМУ ТА ЙОГО ЗМІНА В УМОВАХ
ВОЄННОГО СТАНУ**

Кафедра гігієни та екології
Ваколюк Л. М.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
М. Вінниця, Україна

Актуальність: Правильний режим дня - є запорукою якісного та продуктивного результату навчання, стабілізації психо-емоційного стану в умовах сьогодення та нормалізації повсякденного життя, саме тому ми вирішили дослідити кількість студентів, що приділяють достатньо уваги правильності їхнього режиму дня.

Мета: Оцінити вплив воєнного стану на режим дня студентів ВНМУ.

Матеріали та методи: Проведено опитування серед студентів 3 курсу медичного факультету на платформі <https://www.google.com/intl/ru/forms/about/>, щодо оцінки режиму дня та впливу військового часу на його зміну

Результати: Дотримання режиму дня – означає раціонально чергувати два протилежних поняття «роботу» та «відпочинок», а також уміти планувати свій вільний час для його раціонального використання, задля отримання максимально ефективного результату. Не дивлячись на те, що мало чи не кожному знайоме поняття режиму дня, більшість вважає, що його дотримання є дуже складною задачею, особливо в умовах надзвичайних ситуацій, які складаються останнім часом, як і планування майбутнього загалом, тому люди не впорядковують свої справи та їх день проходить хаотично, через що зазвичай вони нічого не встигають. Провівши опитування, ми дійшли до висновку, що основна маса студентів, 60% сплять 5-7 годин, що означає, що більшість не всипається та це й же відсоток нехтує ранковою зарядкою, що наštтовхує на висновок, що вже на початку робочого дня вони не мають енергії для якісної роботи. 50% студентів знаходять час для сніданку перед університетом, а обід приділяють час (в якості відпочинку) після університету. 30% після університету відпочивають декілька годин, забуваючи про обід, при цьому більшість часу увечері (4 години) 55% приділяють виконанню домашнього завдання, 30% приділяють підготовці до пар 6 годин, лягаючи (76%) після 24 години і лише 20% засинають з 22:00 по 24:00. 53% харчується незбалансовано та відпочиває неякісно (47%) впродовж робочого дня. Крім того, воєнний стан теж вплинув суттєво на розпорядок дня більше, ніж половини студентів (57%), в результаті цього 29% почали менше часу приділяти навчанню та більше часу приділяти допомозі ЗСУ (в основному пожертвування коштів на їх потреби (63%)). Також на велику кількість студентів впливають умови теперішнього життя, такі як: тривоги та систематичні відключення світла, які не дають студентам унормувати свій графік та впливають на більшу втомлюваність.

Висновок: За результатами нашого опитування було зроблено такі висновки: більшість часу студенти приділяють саме навчанню і, можливо, в такий спосіб абстрагуються від навколишнього світу та новин, жертвуючи при цьому сном, правильним харчуванням (більшість вибирає перекуси на ходу) та фізичним здоров'ям; частина студентів все ж таки виконує вранці зарядку, проте спить до 7 годин на добу, що є недостатньо для якісного відпочинку і нормального самопочуття; підсумовуючи усі результати можемо сказати, що частина студентів намагається унормувати свій графік, але, на жаль, у деяких це не зовсім вдається.

В.В. Колісник, А.С. Герман
ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЗМУ В ВОЛЕЙБОЛІ
Кафедра фізичного виховання і ЛФК
Л.А. Сарафинюк (д.б.н, проф., зав.кафедри)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Для кожного професійного спортсмена, травма є досить важким випробуванням, як психологічним так і фізичним. У деяких випадках, травми закінчуються втратою працездатності. Сучасний волейбол пов'язаний з високим рівнем навантажень, стійкістю, перемиканням уваги, максимальною швидкістю реагування гравців, їх координацією. З кожним роком зростають вимоги до спортсменів, і найвагомішою є всебічна фізична підготовка, в основі якої розвивається здатність до опанування правильної техніки гри. Сучасний спорт вищих досягнень – це сфера діяльності, для якої характерні підвищений травматизм. Епідеміологія спортивних травм пов'язана з специфікою спортивної діяльності спортсмена та його вікової групи.

Мета: Вивчити найбільш розповсюджені травми у спортсменок-волейболісток високого рівня спортивної майстерності

Матеріали і методи дослідження: Дослідження було проведено на базі спортивного корпусу Вінницького національного медичного університету. У дослідженні взяли участь 16 спортсменок, що займаються в команді з жіночого волейболу і грають у складі команди Добродій - Медуніверситет ШВСМ в Суперлізі України. В усіх випадках стаж заняття цим видом спорту було більше 3 років. Нами було розроблено анкети стосовно особливостей причин травмування спортсменами різних ланок опорно- рухового апарату.

Результати власних досліджень: Проаналізувавши анкети, було з'ясовано, що у 56 % спортсменок були травми під час занять у дитячо-спортивних секціях. Із них у 43.75% волейболісток були перерви у систематичних заняттях спортом. Більшість спортсменок почали свою кар'єру з 10-11 років. На цей час, у їх тренуваннях переважає робота над технікою – 75%, витривалістю та силою- 68.75% та швидкісною реакцією- 43.75%. Більша частина спортсменок тренується 7 разів на тиждень, що складає 93.75%. Лише 6 спортсменок даної команди травмувалося під час заняття волейболом, що складає 32.5%. У 50% досліджуваних спостерігались травми верхніх кінцівок, зокрема: травми плеча, перелом руки та надрив сухожилля. У 100% були травми нижніх кінцівок, серед яких найчастіше зустрічались: розтягнення зв'язок (у 2 осіб), травми коліна (у 3 осіб) і надрив зв'язок гомілковостопного суглоба (у 1 особи). Усі ушкодження лікувалися консервативно. Період реабілітації складав 1 тиждень у двох спортсменок, 1 місяць у трьох, і близько 2 років у однієї волейболістки. Також було з'ясовано, що на даний період часу у 33,3% гравців, набуті травми, обтяжують їх під час занять волейболом.

Висновок: Попередження перенапружень та травм у волейболі здійснюється сукупністю педагогічних та гігієнічних заходів, які включають: ефективну розминку, планування програми занять, оздоровчі та відновні заходи. Беручи до уваги, той випадок, коли травма виявилась надто серйозною, або коли повне відновлення не можливе, комплекс дій буде спрямовано на уповільнення прогресування захворювання, компенсацію порушених функцій та припинення розвитку патологічного процесу.

М.С. Корольова
**ВИЗНАЧЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ТАЙМ
МЕНЕДЖМЕНТУ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н.Д. Корольова (к.псих.н., доц.), Н.І. Гуменюк (ст.викладач), В.В. Поляруш (ст.викладач),
В.Ю. Ангельська (ст.викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ: в умовах швидкоплинного сьогодення час стає найціннішим ресурсом людини, який є однозначно обмеженим та котрий неможливо відновити чи змінити або відшкодувати чи придбати за будь-які кошти. Однак при вмілому плануванні час можливо «конвертувати» перетворюючи його у певні життєві цінності та надбання. Сьогоднішні умови праці, навчання успішної побудови кар'єри, в будь-якій галузі вимагає бути цілеспрямованим, організованим, ефективним, раціонально планувати свій робочий час. Майбутній фахівець в галузі медицини для успішної реалізації себе в професії неодмінно повинен вміти досконало володіти не тільки певними знаннями та практичними навиками, а також раціонально використовувати найпотужніший ресурс-час.

Мета: полягає у проведенні дослідження шляхом соціологічного опитування серед респондентів щодо обізнаності майбутніх лікарів в застосуванні навиків тайм менеджменту.

Матеріали та методи: аналітичний, системний, описовий, порівняльний, за допомогою власного опитувальника, інтернет-ресурс.

Результати: В соціологічному опитуванні прийняли участь 111 респондентів які брали участь в добровільному анонімному анкетуванні. Респондентами дослідження стали здобувачі освіти ВНМУ ім. М.І. Пирогова віком від 17 до 22 років і старші, перших-шостих курсів, при цьому чоловіків -18,9%, та жінок- 81,9%. Із них 70,3% (78) респондентів котрі знайомі та активно застосовують принципи планування часу, 10,8 (12) не знайомі з поняттям тайм менеджменту взагалі та 18,9 (21) – частково обізнані з теми. Серед найпопулярніших принципів планування часу виділяють наступні: 1) підхід в плануванні завдань у вигляді «списку справ»; 2) матриці Ейзенхауера або закон розставляння пріоритетів - важливість визначається ступенем впливу результату справи на діяльність, тоді як терміновість визначається: чи пов'язане завдання з конкретною діяльністю та чи пов'язане завдання з конкретною датою і часом; 3) метод pomodoro - ідея полягає в тому, щоб уявити всі свої щоденні завдання як помідори: один помідор- це пів години, з яких 25 хвилин - робота, а 5 хвилин- відпочинок. Серед респондентів найбільший відсоток, а саме 58,8% користуються першим методом, 10,8% другим з перерахованого, 6,3%- надають перевагу методу Pomodoro та 14,4% не знайомі з жодним методом та не використовують принципи планування часу. Аналізуючи результати цікавим стало запитання «Чи хотіли б ви більше дізнатись що таке тайм менеджмент?» результати наступні: 69,1% відповіли так, при цьому 30,9% не виявили зацікавленості в даній темі. В світлі трагічних подій в Україні ми поцікавились чи змінились підходи до формування тайм менеджменту в період активних бойових дій? При цьому 36,9% респондентів дали стверджувальну відповідь, 34,2% не визначили змін в плануванні часу та 28,8% відмітили часткові зміни у формуванні розподілу справ.

Висновки: таким чином, виходячи з результатів дослідження принципи тай менеджменту є основою самодисципліни, що сприяє успішному навчанню та самореалізації.

А.С. Кошева
**ВИЯВЛЕНА ЗАЛЕЖНІСТЬ КІЛЬКОСТІ СПОР ALTERNARIA ВІД ЗМІН
ТЕМПЕРАТУРИ У ЛІТНІЙ ПЕРІОД 2021 РОКУ**

Кафедра медичної біології, паразитології та генетики

К.В. Гавриленко (старший викладач)

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: Спори грибів роду *Alternaria* є найбільш поширеними фунгальними алергенами, що здатні викликати респіраторні алергії. Відомо, що на сезонність спор та їх динаміку впливають метеорологічні умови. В даній роботі проаналізовано вплив температури на концентрацію грибів роду *Alternaria*.

Мета: Проаналізувати особливості споруючії грибів роду *Alternaria* у м. Запоріжжя в період сезонів 2021 та 2022 роках

Матеріали та методи: Були використані результати аеробіологічного моніторингу на кафедрі медичної біології, паразитології та генетики ЗДМУ, які порівнювались з даними архіву погоди по станції ВМО 34601 м. Запоріжжя.

Результати: При багаторічних спостереженнях кількості спор та пилку у повітрі прямої статистично достовірної залежності від умов погоди не виявлено, але не має сумніву, що метеоумови насамперед визначають рівень аероалергенів у повітрі. Якщо розглядати графіки змін концентрації спор *Alternaria* у повітрі та зміною температур, можна побачити дуже цікаву залежність. У 2021 р. пряма кореляція кількості спор *Alternaria* з температурою влітку склала 56%. Така ж залежність відмічається і в 2022 році, але на жаль в період війни дані погоди на метеостанції знімалися не регулярно, багато їх відсутні, що не дозволяє робити статистично достовірні висновки.

Висновки: Концентрація спор грибів роду *Alternaria* у 2021 році залежить від температури. При температурі вище 20°C відбувається стрімке збільшення концентрації спор.

Ю. О. Крижановська
**ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА ДЛЯ ЗНЯТТЯ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОЇ НАПРУГИ У
СПОРТСМЕНІВ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Л. А. Сарафинюк (професор ЗВО, д.б.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Спортсмени належать до груп ризику, які постійно піддаються стресу під час тренувань, спортивних змагань, адаптації до місця їх проведення. Наразі ситуація в країні ускладнена роками пандемії із жорсткими заборонами, карантинами, перебуванням у важкому стані повномасштабної війни. Нові реалії знижують витривалість, стресостійкість спортсменів на всіх етапах підготовки, проведення регіональних, всеукраїнських, міжнародних змагань.

Мета: вивчення сучасного стану проблеми подолання нервово-м'язової напруги за допомогою дихальної гімнастики задля практичного використання спортсменами під час тренувань та змагань.

Матеріали та методи: аналіз сучасних вітчизняних та англомовних наукових друкованих видань та інтернет-ресурсів.

Результати: У наукових джерелах наявна різнопланова інформація про традиційні та сучасні методи зняття м'язово-нервової напруги за допомогою психологічних практик, м'язової

релаксації, серед яких чільне місце займають дихальні вправи (Тулайдан В.Г., Шелехова Т.В., 2018; Подпала В. В., 2020; Левицька Л.В., 2021; Слухенська Р.В. та співав., 2022).

Постійне застосування дихальної гімнастики має пряму корелюючу дію на опорно-руховий апарат. Заклучна частина будь-якого тренування обов'язково має включати елементи дихальної гімнастики, яка знімає нервову, психічну напруженість, швидко відновлює сили, нормалізує стан внутрішніх органів, призводить до синтезу ендорфінів, які мають знеболюючу дію і відповідають за позитивний настрій.

Нами підібрані комплекси вправ, які основані на носовому диханні, затримці дихання, зміні частоти дихання і можуть застосовуватись спортсменами під час тренувань та змагань. Окреслений позитивний вплив комплексу вправ, що допомагають відновити ритмічне дихання за рахунок зниження емоційного, м'язового напруження спортсменів різних видів спорту. Так, глибоке, повільне дихання м'язами передньої черевної стінки сприяє зниженню збудливості нервових центрів, розслаблює м'язи у спортсменів, які займаються активними видами спорту. Навпаки, часте грудне дихання сприяє високому рівню активності організму, підтримує нервову, м'язову напруженість у спортсменів, які займаються статичними видами спорту. Окремо дискутуються питання використання дихальних вправ східної медицини.

Висновки: дихальні вправи заспокоюють нервову систему, регулюють м'язову напругу спортсменів; вони доступні, не потребують спеціальних пристроїв, умов для їх виконання; спортсмени різних видів спорту можуть підбирати дихальну гімнастику індивідуально, враховуючи власний морфофункціональний стан задля досягнення спортивних високих результатів.

С.А. Кручок, О.О. Пастух

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДИТИЛІНУ ЧИ АТРАКУРІО

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Ю.І. Якушева (доцент, к.б.н., мсу)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Опіраючись на досвід роботи з пацієнтами у ранньому післяопераційному періоді (для яких під час короткотривалих оперативних втручань було застосовано ендотрахеальний наркоз за класичною схемою анестезіологічного забезпечення: гіпнотик, наркотичний анальгетик, міорелаксант) – верифіковано наявність ознак синдрому відтермінованого м'язового болю (крепатури). Відповідно, поява даного синдрому супроводжується зниженням показників активного відновлення здоров'я пацієнта, психологічним дискомфортом, пролонгацією тривалості ліжко-днів в стаціонарному закладі та диктує необхідність встановити доцільність використання реабілітаційних програм для поліпшення якості життя та прискорення процесу одужання післяопераційних хворих.

Мета: дослідити поширеність синдрому відтермінованого м'язового болю в ранньому післяопераційному періоді у неповнолітніх пацієнтів стаціонару хірургічних профілів та наочно показати необхідність практичного впровадження програми фізіотерапевтичної реабілітації для таких дітей задля покращення результату лікування основного захворювання, а також для запобігання формування у них негативного стереотипу щодо лікарів та закладів охорони здоров'я в цілому.

Матеріали та методи: У дослідженні брали участь 34 пацієнта віком 8-17 років, які піддавалися короткотривалим інвазивним маніпуляціям і при анестезіологічній підготовці яких були використані міорелаксанти. 20 дітей - отримували Дитилін, 14 з них - Атракурій у відповідних вікових дозах. У кожного пацієнта досліджували наявність/відсутність, тривалість та вираженість ознак синдрому відтермінованого м'язового болю. Дослідження

проводили в перші 3-4 дні післяопераційного періоду за умови попереднього отримання усної згоди батьків на обстеження їхніх дітей.

Результати: при обліку даних дослідження, було встановлено наступне: синдром відтермінованого м'язового болю у ранньому післяопераційному періоді при використанні в анестезіологічній підготовці пацієнтів міорелаксанту Дитиліну - виявлено у 60% досліджуваних, при введенні Атракурію - 52%. Тривалість та інтенсивність симптомів не корелювали з дозою введених препаратів та не залежали від віку пацієнтів. Також при опитуванні дітей і їхніх батьків у 74% випадків виявилось, що скарги на крепатуру превалювали над скаргами щодо післяопераційного болю, який вдало купірувався ненаркотичними анальгетиками.

Висновки: Лікарі в усьому світі шукають ефективні схеми надання медичної допомоги пацієнтам на всіх етапах лікування, в тому числі на етапі реконвалісценції. Особливої уваги потребують пацієнти дитячого віку незалежно від виду патології, оскільки їх нервова система і психіка є досить лабільною і несформованою. Таким чином, врахувавши статистичні дані дослідження, ми можемо міркувати про високу доцільність впровадження реабілітаційних фізіотерапевтичних програм після використання міорелаксантів з метою поліпшення показників відновлення організму та зменшення фізичного і психологічного дискомфорту маленьких пацієнтів.

О.В. Ксенєвіч

СУЧАСНИЙ РОЗВИТОК СВІТОВОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.В. Ткаченко (старший викладач кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ринок медичних послуг представлений державною, муніципальною і приватною системою. Вдосконалення управління охороною здоров'я, розвиток інновацій і функціонування ринку медичних послуг є актуальним питанням на сьогодні. Адже на сьогодні ринок медичних послуг України є розбалансованим, що призводить до несприятливої медико-демографічної ситуації.

Мета: згідно з літературних джерел визначити ефективність та сучасність розвитку ринку у сфері медичних послуг спираючись на світові стандарти.

Матеріали і методи: вивчення та аналіз статей, статистичних даних розвитку медичних ринкових відносин в Україні. Аналіз здійснений за період 2018-2021 рр.

Результати: Основним для розвитку ринку медичних послуг в Україні є вдосконалення інноваційного потенціалу системи охорони здоров'я. Наприклад впровадження нової системи надання медичної допомоги у вигляді медичного страхування, тобто системи оплати за надані медичні послуги. Одним з елементів маркетингових систем охорони здоров'я є медична послуга (тобто неринкові відносини лікаря та пацієнта). Медична послуга є об'єктом цивільних прав, має певну вартість, тому її надання супроводжується оплатою. Впровадження маркетингових систем у лікарнях, клініках, медичних центрах почалось нещодавно.

На сьогодні відомо декілька маркетингових шляхів надання медичної допомоги. Пуш-метод ґрунтується на пропонуванні тої чи іншої медичної послуги чи медичного продукту пацієнту, спираючись на основні засади маркетингу - ціни, акції, промоції. Пулл-метод спонукає пацієнта до придбання медичної послуги саме у тому медичному закладі, використовуючи неключові компетенції. Неключова компетенція базується на застосуванні індивідуального підходу до кожного хворого. Підвищення конкуренції на ринку медичних послуг спонукає медичні організації розробляти нові маркетингові методи. Одним із варіантів покращення матеріально-технічних ресурсів охорони здоров'я України, орієнтуючись на світовий ринок, стало б використання організаційних форм. Вони передбачають можливість відслідковувати

витрати коштів, ефективний розподіл фінансових ресурсів, підвищувати попит звернення пацієнтів до медичних закладів.

Висновок: Згідно опрацьованого матеріалу можна дійти висновку, що ринок медичних послуг в Україні перебуває в активній перебудові. Основним кроком було впровадження медичної реформи, що базується на формуванні страхових фондів для надання медичних послуг та препаратів пацієнтам. В результаті можна очікувати ефективність лікувально-діагностичного процесу та якість надання медичної допомоги.

М.Р. Лоточинська

АНАЛІЗ ПОРЯДКУ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ В ТАКТИЧНІЙ ЗОНІ В ПОРІВНЯННІ З ОРГАНІЗАЦІЄЮ МЕДИЧНОЇ ПІДТРИМКИ В КРАЇНАХ-ЧЛЕНАХ НАТО

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Слободян (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Система етапного лікування поранених і хворих є важливою частиною організації медичного забезпечення військових операцій. Основним завданням системи є надання вчасної медичної допомоги пораненим, забезпечення їхньої медичної евакуації до стаціонарних закладів та лікування у спеціалізованих медичних центрах. Швидкий та ефективний процес медичної евакуації зменшує кількість смертей та інвалідизації, розвитку ускладнень від отриманих травм, зокрема за допомогою використання повітряних, наземних та морських транспортних засобів.

Мета: Дослідити та порівняти систему евакуації поранених в Україні та НАТО впродовж 2014-2022 рр.

Матеріали і методи: Стандарт НАТО (2004-2022) STANAG (Standardization Agreement), прийнятий для стандартизації мілітарних процедур, методів та матеріалів, з метою забезпечення співпраці між військовими силами країн-членів НАТО та порівняння з нормативними документами України.

Результати: Основні категорії STANAG включають:

1. Командні та контрольні процедури.
2. Комунікації та електронна боротьба.
3. Логістика та забезпечення.
4. Озброєння та техніка.
5. Медицина.
6. Географічна інформація та геопросторові дані.
7. Стандарти технічної інформації.

У 2015 році Міністерство оборони України затвердило Стратегію національної безпеки України (Указ Президента України №287/2015), яка містила стратегічні пріоритети розвитку національної оборони та безпеки, включаючи захист територіальної цілісності та суверенітету України. Один зі шляхів досягнення цих завдань полягає в забезпеченні взаємодії з іншими країнами, в тому числі з країнами-членами НАТО.

У тому ж році було проведено оборонний огляд, який мав на меті оцінити стан та потенціал Збройних Сил України та інших військових формувань, розробити стратегічні напрямки розвитку національної оборони. У 2021 року була прийнята нова Стратегія воєнної безпеки України (Указ Президента України №121/2021), яка містить стратегічні завдання та пріоритети з питань воєнної безпеки України на період до 2025 року, принципи та напрями розвитку Збройних Сил України. Наказ Міністерства оборони України № 2 від 06.01.2021 впроваджує Перелік кодів військових рангів НАТО за стандартом STANAG 2116 в Збройних

силах України. Це означає, що українські військові ранги тепер будуть відповідати стандартам НАТО та збігатися з рангами інших країн-членів НАТО.

Висновок: Це важливий крок для українських Збройних сил, оскільки він дозволить полегшити співпрацю з країнами НАТО, підвищити рівень взаєморозуміння та ефективності спільних операцій. STANAG є системою стандартів, які визначають загальні процедури, методи та матеріали для військових сил країн-членів НАТО, тоді як ЗСУ є військовими силами України, що мають власну структуру та процедури. Однак, якщо ЗСУ беруть участь у спільних операціях або мають взаємодіяти з іншими військовими силами НАТО, вони можуть використовувати STANAG для забезпечення взаємної сумісності та співпраці з партнерами НАТО.

Т.С. Мельник

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД В УМОВАХ ВІЙНИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

О.О. Дубовий (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Одним з перших нагальних питань серед усунення наслідків війни стане потреба у масовій реабілітації та ресоціалізації військових, біженців, внутрішньоопереміщених осіб та постраждалих після пережитого травматичного досвіду. Виникнення в осіб ознак психічних змін: постійні тривоги, стреси, агресія, страх, рухові збудження, панічні атаки, прояви нервового тремору – є ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Мета: проаналізувати механізм виникнення ПТСР з точки зору причинно-наслідкової взаємодії.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій, досліджень, статей, Інтернет-ресурсів та наукової літератури на базах «PubMed», «Google Scholar» та «Google».

Результати: ПТСР – посттравматичний стресовий розлад – розлад психіки, що виникає внаслідок травматичних подій як ланцюгова реакція на сильний пережитий стрес. Пусковою ланкою, стресором, можуть бути катастрофи, стихійні лиха, різні події насильницького характеру – такі як зґвалтування, війни, акти тероризму чи вбивства, очевидцем яких стала людина; також ПТСР може виникати внаслідок переживання втрати близької людини, як під час військових дій, так і в мирний час. Статистика показує, що до виникнення ПТСР більше схильні жінки, хоча розвиток посттравматичного стресового розладу не залежить від віку та статі та стосується всіх верств населення. Згідно з дослідженнями, близько восьми людей зі ста мають ризик розвитку ПТСР у мирний час, та ще близько 20% військових потенційно мають шанс на розвиток ПТСР після перебування у зоні бойових дій. Характерними для даного розладу є наявність чотирьох маркерних критеріїв, що визначаються як уникання, гіперзбудженість, проблеми із пам'яттю та емоційною складовою, наявність так званих "флешбеків" – раптових спогадів, пов'язаних із повторним переживанням певних подій. Звісно, пережитий стрес ще не є гарантією виникнення у людини ПТСР. На розвиток даного синдрому впливають такі фактори як сила стресору, тривалість його впливу, наявність чи відсутність подальших або супровідних стресових чинників. Також виникненню ПТСР значно сприяє підґрунтя, створене іншими проблемами з психічним здоров'ям, такими як депресія, панічні атаки, постійна тривога, зловживання наркотичними речовинами, алкоголем. Також ПТСР вже сам по собі збільшує ризик виникнення вище зазначених розладів.

Висновки: Взавши до уваги причинно-наслідковий механізм виникнення ПТСР, важливо донести до суспільства, що одними з головних факторів зцілення є соціальна підтримка та доступність медичної допомоги. Для досягнення бажаного ефекту у відновленні рівня психічного здоров'я населення слід розробити чітку стратегію кваліфікованої

фармакологічної, психологічної та психіатричної допомоги постраждалим, яка б дозволила людям, які поборолі ПТСР, гармонійно реалізуватись у сьогоднішній у громаді.

Д.Р. Мороз

ФІЗІОТЕРАПІЯ В БАСКЕТБОЛІ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

С.В. Дусь (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Баскетбол є дуже фізичною грою, що може призвести до травм і пошкоджень у гравців. Фізіотерапія може допомогти в попередженні травм, покращенні фізичної підготовки та підтриманні здоров'я гравців.

Мета: Розглянути роль фізіотерапії, як ефективного методу відновлення в баскетболі. Дослідити методи фізіотерапії, які використовуються для забезпечення здоров'я та попередження травм у баскетболістів.

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури з питань фізіотерапії в спорті. Вивчення рекомендацій фахівців з фізіотерапії та тренерів з баскетболу. Аналіз звітів про травми та їхні наслідки для баскетболістів. Опис конкретних методів фізіотерапії, які можуть бути застосовані для попередження травм та забезпечення здоров'я баскетболістів.

Результати: Враховуючи статистику, методи фізіотерапії та наукові дослідження про вплив фізіотерапії на баскетболістів, ми можемо зрозуміти, що фізіотерапія має велику роль для підготовки, відновлення та реабілітації спортсменів даного виду спорту. Так як вона підвищує витривалість, зміцнює організм та допомагає швидше відновитись після травм та тренувань, також і допомагає знизити ризик отримання травми баскетболістом. Але, на жаль, знизити ризик травм до 0% неможливо, так як баскетбол – це контактний вид спорту і враховуючи те, що гравці можуть працювати на спортивному майданчику на максимум своїх можливостей, то це все ж може призвести до травм.

Висновки: Результати даного дослідження показують, що фізіотерапія може бути ефективним засобом відновлення для зменшення ризику травматизації та покращення фізичної підготовки баскетболістів. Регулярні фізіотерапевтичні вправи можуть покращити рівень фізичної підготовки баскетболістів та зменшити ризик травматизації в порівнянні з групою, яка не займалася фізіотерапією. Фізіотерапевтичні вправи можуть зменшити кількість травм, пов'язаних з м'язами та суглобами, в баскетболістів, які займаються фізіотерапією, порівняно з тими, хто не займається, також фізіотерапія може покращити м'язову силу та фізичну підготовку баскетболістів. Але щоб був гарний результат, то потрібно консультиватись з фізіотерапевтом та власним тренером, для того щоб зробити індивідуальну програму, яка не нашкодить баскетболісту а тільки дасть гарні результати.

В.Р. Оськін, С.А. Кручок

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОЗШУКУ, ЗБОРУ ТА ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ У НАСЕЛЕНИХ ПУНКТАХ У ХОДІ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Слободян (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Під час збройної агресії російської федерації проти України з 2014 року і дотепер організація розшуку, збору та евакуації поранених у населених пунктах є одним з ключових аспектів збереження життів особового складу Збройних Сил України та цивільного

населення та зменшення їх інвалідизації за рахунок розробки ефективного плану порятунку постраждалих у ході ведення бойових дій.

Мета: Проаналізувати та порівняти особливості організації розшуку, збору та евакуації поранених у населених пунктах в Україні та країнах-членах НАТО починаючи з 2014 року і дотепер.

Матеріали та методи: Для аналізу і порівняння були використанні Стратегічний оборонний бюлетень України 2016 і 2021 років, Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у ЗСУ на особливий період у 2016 році, Керівництво з медичної евакуації у ЗСУ, «Об'єднана союзна доктрина з медичної евакуації (STANAG 2546 (Ed. 1), IDT)», STANAG 2542 Ed:1/AJMedP-1, STANAG 2546 Ed:1/AJMedP-2.

Результати: В ході проведення заходів по розшуку поранених в населених пунктах основна увага приділяється визначенню місць можливого знаходження поранених. Вони можуть бути і в заглиблених приміщеннях, і на поверххах багатопверхових будівель, і в інших приміщеннях. Ці питання підлягають вивченню перед проведенням інструктажу особового складу, що включається до груп розшуку поранених. Організація розшуку, збору та евакуації поранених у населених пунктах в Україні в ході бойових дій проходить імплементацію під стандарти країн-членів НАТО (STANAG 2546). У 2014 році було створено добровольчу організацію парамедиків «Госпітальєри» та волонтерські організації, які стали невід'ємними складовими в процесі розшуку, збору та евакуації поранених у населених пунктах. Поряд з цим постає така проблема як низька укомплектованість санітарними транспортерами та їх застарілість. Починаючи з 2014-2015 років проведено модернізацію броньової медичної машини МТ-ЛБ-С, яка використовується як основний транспортний засіб для евакуації поранених в тактичній зоні.

Висновки: Розшук, збір та евакуація поранених в ході бойових дій у населених пунктах повинні проводитись при чіткій організації роботи представників медичної служби, командування військових частин та волонтерів. Ці заходи є пріоритетними у питанні збереження життя особового складу ЗСУ, своєчасного надання їм необхідної медичної допомоги. З метою покращення стану справ необхідно і надалі проводити співпрацю з країнами-членами НАТО для модернізації власних та створення нових методів розшуку, збору і евакуації потерпілих і хворих у населених пунктах. З метою підвищення ефективності медичної евакуації в тактичній зоні є необхідність в забезпеченні достатньої кількості санітарних транспортерів та створенні евакуаційно-транспортних підрозділів, забезпечення злагодженої їх роботи, збільшити частку застосування авіаційного і залізничного транспорту для проведення медичної евакуації.

А.Р. Павлюк

СПОРТИВНИЙ ТРАВМАТИЗМ У СПОРТСМЕНІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.В. Лежньова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Спортивна травма - це ушкодження, що супроводжуються зміною анатомічних структур і функцій травмованого органа в результаті впливу фізичного фактора в процесі занять фізкультурою і спортом. Кількість спортивних травм невинно зростає. У 1970 році спортивна травма складала лише 5-7%, у 80-90х складала 10-11%, в середині-кінці 90х становила 12-17%, а з 2001-2003 роках зросла аж до 20%. Дані Національної ради безпеки США(NSC) на 2021 рік: травмувалося 3 млн. В основному, спортивний травматизм отримують на секціях, уроках фізичної культури, спортивних залах. Основну масу травм складають розтягнення зв'язок, вивихи суглобів та гематоми, також до спортивного травматизму входять такі травми як: переломи, повний та частковий відрив якогось м'язу. Особливістю

характерною для спортивного травматизму є те, що вид отриманої травми залежить від спортивної спеціалізації. Наприклад, у боксерів і борців - гематоми, вивихи, переломи. Основна маса спортсменів (75-80%) після отримання травми можуть продовжити тренування, оскільки організм розігрітий і спочатку травма відразу не відчувається. Це характерно для гематом, розтягнення зв'язок. Але при травмах середнього та важкого ступенів важкості потрібно негайно припинити тренування, щоб уникнути подальшу травматизацію. Якщо не дотримуватись рекомендацій лікаря, то травма набуде хронічного характеру (вивих перейде у звичний вивих).

Мета: визначення причини травматизації спортсменів та рекомендацій стосовно того, як запобігти травматизації спортсменів.

Матеріали і методи: При вивченні даного питання було проаналізовано і пропрацьовано дані статистики, вітчизняні та іноземні літературні джерела.

Результати: Проаналізувавши статистику та літературні джерела ми визначили головні причини травматизації спортсменів, які займаються різними видами спорту та отримали можливість виявити основні заходи профілактики та можливої реабілітації проти травматизації у спорті.

Висновки: Травми можуть бути спричинені через недотримання санітарно-гігієнічних норм у спорткомплексах. Основна маса ускладнень спричиняється через відсутність відповідної допомоги в перші хвилини після травматизації. Кваліфікований персонал завжди має бути присутній на тренуванні, щоб в разі будь-якої травматизації надати необхідну допомогу потерпілому, щоб уникнути погіршення стану.

Після пройденого курсу лікування та відповідних реабілітаційних комплексів вправ спортсмен відновиться. Профілактика спортивної травми має включати відповідно пропрацьовані організаційні, спортивно-педагогічні, медико-біологічні, психологічні та технічні аспекти. В кожному аспекті при обговоренні має бути наголошено на факторах ризику, також має бути обговорено і продемонстровано профілактичні заходи (правильна техніка виконання, відповідні навантаження і т.д.). Попередньо, в разі травматизації має бути обговорено хід дій, щоб запобігти подальшій травматизації.

Д.С. Петюх

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ВИПАДКІВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ СТУДЕНТІВ ДЕННОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ ВНМУ ІМ. М.І.ПИРОГОВА)

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

К.Х. Герасимюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: глобальна захворюваність на цукровий діабет стрімко зростає. Всесвітня організація охорони здоров'я прогнозує, що до 2030 року кількість людей з цукровим діабетом подвоїться до щонайменше 350 мільйонів у всьому світі, якщо не буде вжито відповідних заходів. Таким чином, наростальний тягар стане надзвичайною проблемою з точки зору ресурсів охорони здоров'я в усьому світі. Тому раннє виявлення пацієнтів з недиагностованим цукровим діабетом або пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету є критично важливим питанням, яке необхідно вирішити.

Мета: метою цього дослідження є прогнозування ризику виникнення недиагностованого цукрового діабету або майбутнього ризику розвитку цукрового діабету серед студентів.

Матеріали та методи: пошук літератури проводився, використовуючи джерела баз даних PubMed, Elsevier. Опитування студентів проводилось анкетуванням, використовуючи Google forms. Тест розроблено на основі тесту оцінки ризику цукрового діабету Американської

діабетичної асоціації та шкали FINDRISC. Посилання на опитування: https://docs.google.com/forms/d/1dox9U9UqmDjV19f2paTq7Z8QpQL_qpFPgBAWkRZvuIA/edit#responses.

Результати: опитано 95 студентів денної форми навчання ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Дослідження проводилось від 22.02.2023 до 03.03.2023. Дані ІМТ суб'єктів дослідження: 14 (14,7%) осіб мають надмірну вагу, а 2 людини (2,1 %) має ожиріння. З усіх опитаних масмо: активний спосіб життя веде 18,9% осіб. З 95 опитаних 93 (98,8%) людини мають схильність до стресу, а 34 (35,8%) студентів мають шкідливі звички. У 36 (37,9%) досліджуваних у щоденному раціоні не вистачає овочів та фруктів. Раніше високий рівень глюкози в крові (наприклад, під час медичних оглядів, хвороби, вагітності) виявляли у 2 осіб (2,1%), а 5 (5,3%) приймають ліки проти підвищеного артеріального тиску. Зі спадкового анамнезу виявили, що у 6 (6,3%) опитаних родичі хворіють на цукровий діабет 1 типу, а 29 (30,5%) осіб мають родичів, які хворіють на цукровий діабет 2 типу.

Висновок: досліджування показало досить високий рівень ризику виникнення випадків цукрового діабету, а саме 2 типу, серед студентів денної форми навчання ВНМУ ім. М.І. Пирогова, що свідчить про важливість профілактики даної хвороби: усунення шкідливих звичок, схуднення, нормалізація щоденного раціону, збільшення фізичної активності, зниження стресу.

П.Ю. Півень

КОГНІТИВНА ГНУЧКІСТЬ – БАЗОВА НАВИЧКА УСПІШНОЇ ОСОБИСТОСТІ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В. Тисевич (асистент, магістр медицини)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Всесвітній економічний форум у 2020 році зазначив, що у наступні п'ять років пріоритетним завдання системи освіти різних країн світу має стати формування універсальних (міжпрофесійних) якостей особистості (soft-skills). Ці м'які навички корисні для будь якого виду діяльності та дозволяють людині швидко адаптуватися до нових умов, змінювати сферу зайнятості, вирішувати нестандартні завдання. Однією з таких універсальних навичок є когнітивна гнучкість (КГ). Питання когнітивної гнучкості має міждисциплінарний характер, і її вивченням займається нейробіологія, психологія, психофізіологія та психогігієна.

Мета дослідження полягає у теоретичному вивченні поняття когнітивної гнучкості, як однієї з базових характеристик особистості, проаналізувати можливі проблеми у процесі розвитку КГ та надання рекомендації щодо їх усунення.

Методи та матеріали. Сучасні наукові інтернет-джерела (PubMed, MedScape, Scopus, GoogleScholar) та інша література.

Результати. Когнітивна гнучкість (син. Адаптивне мислення) - вміння людини адаптуватись до змін, спокійно реагувати на невдачі, помилки, перешкоди, знаходити альтернативні шляхи вирішення проблем. І тут ми бачимо прямий зв'язок між когнітивною гнучкістю та рівнем адаптації людини до нових умов існування. З позиції когнітивної нейробіології, КГ посилюється тоді, коли в нейронній мережі з'являється більша кількість зв'язків. Для швидкої обробки інформації та прийняття рішень, потрібно створювати багато нейронних шляхів. Вважається, що поясна система головного мозку (цингулярна кора) є регуляторним центром когнітивної гнучкості, пристосування, планування та зворотного зв'язку. При ефективній роботі цієї частини головного мозку людина легко ставить цілі та досягає їх, планує роботу, виконує різноманітні завдання. Внаслідок дисфункції поясної системи у людини з'являються сумніви, невпевненість, заперечення і навіть від звичайних ситуацій очікує негативні наслідки.

Вчені визначили КГ як одну з вищих здатностей метапізнання. Компонентами КГ є емоційна рівновага, планування, робоча пам'ять, гальмування. Протилежна якість до КГ - когнітивна ригідність (КР), виникнення якої пов'язане з прагненням людського розуму зменшити невизначеність і віднайти стабільність. КР фіксує особистість на стереотипній поведінці, яка вже не ефективна у сучасному житті та сприяє запереченню реаліям навколишньої дійсності. Перешкодами у процесі розвитку КГ можуть стати нав'язливі думки, боязнь конфліктів, занепокоєння про те, як будуть сприймати оточуючі, самовиправдовування, гіподинамія. Для подолання труднощів у розвитку КГ рекомендується позбавлення від нав'язливих думок на папері, використання "зворотньої психології", медитації, регулярні фізичні вправи, зміна звичного способу життя, створення нових корисних звичок, гігієна побуту, нові зустрічі, подорожі.

Висновки. Сучасні наукові положення дозволяють стверджувати, що когнітивна гнучкість є базовою і обов'язковою компетентністю ефективною особистості, адже в інформаційну еру потрібно оперативно адаптуватись до змін і швидко переключатись між професійними завданнями. Предметом подальших досліджень може стати визначення і випробування шляхів реалізації феномену КГ у процесі особистісного розвитку.

О. М. Плавков

ІНФАРКТ МІОКАРДА – ОСНОВНА ПРИЧИНА СМЕРТНОСТІ У ХХІ СТОЛІТТІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання є одними із найпоширеніших хвороб та найчастіше призводять до смерті пацієнтів. Вони є найчастішою причиною смертності. Згідно з останнім звітом ВООЗ за 2019 рік, вони стали причиною 32% смертей у світі – 17.9 млн випадків. У терапії серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркту міокарда, найважливіша ланка – екстрена медична допомога, яка напевно збільшує ймовірність того, що пацієнт виживе. Краще розуміння принципів надання екстреної медичної допомоги при гострому інфаркті міокарду напевно збільшить ймовірність виживання пацієнтів з таким діагнозом.

Мета: здійснити статистичний аналіз звітів "КНП "ТМО "Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної ради"" щодо випадків гострого коронарного синдрому.

Матеріали та методи: Звіти "КНП "ТМО "Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної ради"" за 2019-2021 рр.

Результати: За 2019-2021 роки у Вінницькій області зареєстровано 2764 випадки інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST. З них 1559 (56,4%) – хворі з міста, решта – 1205 хворих, 46,4% з села. Лікарська і фельдшерська допомога загалом надаються з однаковою частотою. 50,75% - лікарська, 49,25% - фельдшерська. Встановлено, що тенденція щодо того, що хворі з міста частіше отримують лікарську допомогу у порівнянні з фельдшерською, зберігається. Лікарі працюють з 31% випадків інфаркту у селі порівняно з 61,4% лікарської допомоги у місті. Екстрена медична допомога надається строго з визначеними і затвердженими МОЗ України протоколами, тому всі пацієнти із зареєстрованим гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST отримували аспірин у якості антитромботичної та антиагрегантної терапії. Крім того, одразу визначаються покази до проведення тромболізу за допомогою препарату «Металізе» (6000 – 10000 одиниць залежно від маси). Для визначення лікувальної тактики необхідно враховувати покази (гострий інфаркт міокарда) та протипокази (геморагічні діатези, важка неконтрольована артеріальна гіпертензія та ін.) у конкретного пацієнта. Згідно із звітами ТМО, за 3 роки тромболітичними препаратами проведено лише у

34 випадках, що пояснюється, окрім наявних протипоказів, виходом пацієнта за межі «терапевтичного вікна» - 4 годин.

Найчастішими супутніми хворобами у хворих з гострим інфарктом міокарда були ішемічна хвороба серця, цукровий діабет та гіпертонічна хвороба. За сучасними даними, згідно із принципами, доведено зв'язок цих хвороб із гострим інфарктом міокарда, який забезпечується різними механізмами.

Висновки: Гострий інфаркт міокарда – важке захворювання, де якість екстреної медичної допомоги найбільше визначає виживаність пацієнтів. Окреме місце у його лікуванні посідає тромболітична терапія, адже відновлення кровотоку у серцевому м'язі достовірно запобігне його подальшому ушкодженню. Проте через наявність жорстких і численних протипоказів для препаратів тромболітичної терапії і багатьох можливих ускладнень їх застосування у "КНП "ТМО "Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Вінницької обласної ради"" припинено з липня 2021 року

Плоскіна І.С., Гром Д.В.

ВЖИВАННЯ ТЮТЮНУ І АЛКОГОЛЮ – СОЦІАЛЬНА ТА МЕДИЧНА ПРОБЛЕМА ПІДЛІТКІВ: СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.В. Ткаченко (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: важливість дослідження проблеми вживання підлітками тютюну та алкоголю зумовлена тенденцією на збільшення показників використання цих речовин. Важливість роботи також пояснюється необхідністю дослідити причини, які зумовлюють приріст показників та відповідно до цього знайти методи боротьби.

Мета: дослідити проблему поширеності вживання цигарок і алкоголю підлітками, а також особливості шляхів її вирішення.

Матеріали і методи: пошук, збір, обробка науково-обґрунтованих джерел в пошукових системах, медичних статтях. Використано ресурси PubMed, MedLine.

Результати: Сучасні дослідження дійшли висновку, що підлітки, які палять та вживають алкоголь, вже до 17 років завдають шкоди власним артеріям, які вже починають звужуватись в юному віці і ці зміни відповідно підвищують ризик серцево-судинних захворювань, таких як інсульт та інфаркт. За статистикою 2019 року 87,5% підлітків мають досвід вживання алкоголю (дівчата пориваються скоріше), а більше 60% – курили хоча б раз у житті. 12,8% вперше спробували курити в 14 років, а щоденна звичка зберігається у 19,8% підлітків. Але наразі відмічається тенденція до зменшення куріння серед підлітків, на відміну від вживання алкоголю, до якого збільшився доступ. На заміну цигаркам з'явився кальян, який вживають 32%, з них більше дівчата. Звіти 2021 року дають дані про збільшення вживання електронних сигарет, які так само викликають залежність і є ризиком вживання у майбутньому звичайних цигарок. Що стосується актуальних причин вживання алкоголю, то це «підняття настрою», а щодо тютюнопаління - «здаватись дорослим». Основа проблеми полягає в тому, що з 01.07.2022 в Україні заборонено їх продаж неповнолітнім, але купівля можлива у підпільних дилерів. Що стосується вирішення даної проблеми, то Україна може запозичити позитивний досвід боротьби Ісландії з таким явищем як - підліткове тютюнопаління та вживання алкоголю. У 1992 році було профінансовано грант Self-Discovery, який полягав у впровадженні альтернативних джерел отримання насолоди. В рамках проекту були відібрані учасники, що пройшли психологічні тренінги, на яких відбувалась переоцінка ціннісних орієнтирів молоді. Серед запропонованих джерел отримання насолоди були такі як: малювання, танці та бойове мистецтво. Результатом стало помітне зниження показників тютюнопаління та вживання алкоголю серед неповнолітніх.

Висновки: отже, можна зробити висновок, що в Україні проблема тютюнопаління та вживання алкоголю є гострою. У спробах зменшити або повністю відмовитись від шкідливих речовин, підлітки надають перевагу електронним сигаретам та кальяну. Було проаналізовано досвід країн-партнерів у вирішенні цієї проблеми, зокрема Ісландії.

О.С. Полюхович

СИСТЕМА START ТА "ТРИАДА ВИЖИВАННЯ" НАТО

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.М. Сивак (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Під час війни Пирогов розробив новий метод сортування ранених, який називався "triage" (від французького triage "сортування"). Сортування Пирогова було визнано новацією у медицині того часу і стало нормою у наданні допомоги пораненим у подальшому. Воно є важливим методом в області медичного сортування й досі використовується у воєнний час при наданні допомоги військовим та цивільним постраждалим.

Мета дослідження: проаналізувати різні системи сортування, які використовували в різні часи як вітчизняні, так і НАТО.

Матеріали та методи: аналіз даних фахових журналів та інтернет-ресурсів: PubMed UpToDate, Amboss впродовж 2021-2022 р.р.

Результат: START (Simple Triage And Rapid Treatment) це система медичного сортування, яка використовується для оцінки ступеня тяжкості травм або хвороб у масових надзвичайних ситуаціях. START базується на швидкій оцінці пацієнта та його здатності до самообслуговування, а також на швидкості та масштабі поширення поранень. Система START використовується в екстрених ситуаціях, коли кількість постраждалих значно перевищує кількість медичного персоналу, що є доступними для надання медичної допомоги. основною метою є швидкий відбір та розподіл постраждалих за ступенем тяжкості поранень та хвороб. При застосуванні системи START, спочатку проводиться швидкий огляд постраждалих та визначення кольору коду. Основна перевага системи START полягає в тому, що вона дозволяє швидко та достатньо ефективно організувати надання медичної допомоги в екстрених ситуаціях з великою кількістю постраждалих.

Також вона дозволяє медичним працівникам працювати за єдиним стандартом та допомагає покращити координацію роботи різних медичних служб на місці події. Має свої обмеження та недоліки: не приділяє достатньо уваги медичним проблемам, які можуть виникнути пізніше після надання термінової медичної допомоги; не враховує можливості використання додаткових медичних ресурсів, які можуть з'явитися пізніше на місці події: не завжди ефективно працює в ситуаціях, коли постраждалі знаходяться в різних локаціях та вимагають різних рівнів медичної допомоги; може не бути ефективною в ситуаціях, коли постраждалі мають хронічні захворювання або інші медичні проблеми, які вимагають спеціалізованої допомоги. У країнах НАТО зазвичай існує спеціалізована система сортування поранених, яка називається "Тріада виживання". У країнах НАТО система сортування поранених постійно вдосконалюється та оновлюється відповідно до найсучасніших медичних стандартів та технологій. Це дозволяє забезпечити максимально ефективно та якісне надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям у будь-яких умовах, та обставинах.

Висновки: система START є ефективним інструментом для швидкої та ефективної організації надання медичної допомоги в екстрених ситуаціях з багатьма постраждалими. Проте, вона має

свої обмеження та недоліки, тому медичні працівники повинні бути готові до різних варіантів розвитку подій та використовувати додаткові ресурси та знання для надання якісної та ефективної медичної допомоги.

І.О. Радогощин
**ОСОБЛИВОСТІ ДОТРИМАННЯ ГІГІЄНИЧНИХ НОРМ В УМОВАХ ВІЙНИ ПРИ
ЗАХВОРЮВАННІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.М. Вергелес (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворювання на туберкульоз є одним з найпоширеніших захворювань легень у світі. Умови війни сприяють поширенню туберкульозу через зниження імунітету та неналежних життєвих умов.

Мета: ґрунтуючись на порівняльному аналізі літературних джерел, зробити висновок щодо ризиків захворювання на туберкульоз в умовах війни.

Матеріали та методи: порівняльний аналіз наукових публікацій GoogleScholar, PubMed, Web of Science та інших видань.

Результати: Туберкульоз - інфекційна хвороба, викликана грампозитивною бактерією *Mycobacterium tuberculosis*. Цей збудник, зазвичай, передається повітряно-крапельним шляхом.

Згідно з результатами останніх досліджень, рівень захворюваності на туберкульоз в умовах війни зростає. Проте, ризик захворювання збільшується саме у військових, оскільки вони безпосередньо беруть участь у бойових діях, тим самим, піддаються постійному стресу, недосипанню, поганим побутовим умовам, незбалансованому харчуванню. Умови війни, такі як вимушене переселення людей та недостатня медична допомога ускладнюють виявлення та лікування туберкульозу.

У значній кількості людей, заражених бактерією *M.tuberculosis*, хвороба проходить безсимптомно або з незначними симптомами, проте у людей зі слабким імунітетом зараження може призвести до розвитку активної форми хвороби. Якщо лікування не починається вчасно, туберкульоз може призвести до летального наслідку.

Швидкість прогресування туберкульозу залежить від багатьох факторів, таких як вік, стан здоров'я хворого, раціональне та регулярне харчування, доступ до лікування та належних гігієнічних умов. У воєнних умовах зростання кількості хворих може бути пов'язане з недостатністю та несвоєчасністю медичної допомоги.

Для зменшення ризику зараження туберкульозом в умовах війни важливим фактором є саме розташування військ, оскільки саме від розташування залежать умови відновлення сил та зміцнення здоров'я військових. Проте також необхідно вживати заходи профілактики збереження гігієни, зниження ризику контакту з інфікованими людьми та забезпечення необхідного лікування для заражених військових, повинно бути забезпечення водопостачання та харчування. Зокрема, повинна здійснюватись специфічна профілактика активною імунізацією живою протитуберкульозною вакциною БЦЖ.

Висновки: Отже, умови війни підвищують ризики захворювання на туберкульоз та інші інфекційні хвороби. Тому необхідно організувати відповідні умови побуту та збалансоване харчування, дотримуватись правил особистої гігієни, забезпечувати військових необхідною медичною допомогою, дотримуватись протиепідемічних заходів, щоб зменшити ризики захворювання та покращити здоров'я військових.

Д.Р. Росоха, А.М. Чернолецький
**ТОКСИЧНИЙ ВПЛИВ МАРГАНЦЮ, СВИНЦЮ ТА АЛЮМІНІЮ НА ОРГАНІЗМ
ЛЮДИНИ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Метали є невід'ємною частиною нашого середовища, і ми зустрічаємося з ними в повітрі, воді, ґрунті, продуктах харчування та предметах побуту. Деякі метали, такі як свинець, алюміній, марганець та інші, можуть бути токсичними для людини при високих концентраціях. Вони можуть накопичуватися в організмі та викликати шкідливі ефекти, такі як рак, психічні порушення, неврологічні відхилення, вади розвитку та інші. Окрім того, певні професії, такі, як гірники, металурги та робітники на фабриках, особливо піддаються ризику токсичного впливу металів. Тому дослідження токсичного впливу металів на організм людини залишається дуже важливим для безпеки нашого середовища та захисту здоров'я людей.

Мета роботи: Дослідити вплив металів на організм людини та попередити виникнення інтоксикації організму.

Матеріали та методи: Аналіз та інформаційний огляд наукових публікацій з онлайн ресурсів PubMed, Medscape.

Результати: Згідно проведеного огляду наукових публікацій, був здійснений аналіз токсичного впливу алюмінію, марганцю та свинцю на організм людини. Найчастіше інтоксикації піддаються працівники підприємств внаслідок недотримання правил техніки безпеки. Найпоширенішими шляхами проникнення розглянутих металів є інгаляційний, ентеральний та перкутанний. Спільними синдромами при інтоксикації марганцем та свинцем є енцефалопатія, поліневротичний та астено-вегетативний синдром, при яких провідним механізмом є ураження нервової системи. При інтоксикації свинцем найбільше вражається кров, через це його ще називають кров'яною отрутою, відбувається порушення синтезу гемоглобіну й порфірину. Характерною особливістю важкого ступеня інтоксикації марганцем є виникнення марганцевого паркінсонізму, внаслідок ураження мозку з наростанням екстрапірамідальних розладів. При вдиханні парів та пилу алюмінію у працівників спеціалізованих підприємств можливий розвиток алюмініозу, який призводить до ушкодження легеневої тканини. У зв'язку з тим, що алюміній здатний проникати через гематоенцефалічний бар'єр, він призводить до ураження нервових клітин з подальшим їх руйнуванням, це може призводити до виникнення хвороби Альцгеймера та бічного аміотрофічного склерозу.

Висновок: На підставі вищесказаного стає зрозуміло, що при інтоксикації розглянутими металами найчастіше ураженню піддається нервова та кровоносна система. У результаті цього у працівників підприємств можуть виникати важкі розлади функціонування різних органів та систем, що призводить до обмеження та повної втрати працездатності. Тому надзвичайно важливим є дотримання усіх санітарно-гігієнічних норм, профілактика та модернізація робочого устаткування, що зменшить контакт працівників із токсичними металами.

З.В. Ростікус, В.М. Лашкевич
**ВПЛИВ ОЗДОРОВЧОГО СПОРТУ ТА ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК НА СЕРЦЕВО-
СУДИННУ СИСТЕМУ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Є.І. Іванова(викладач)

Вінницький національний медичний університет М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Спорт – це життя. А серце – головний «мотор», який забезпечує наше життя і відповідає за здоров'я і стан організму. Ці два поняття нерозривно пов'язані одне з одним. Серцево-судинні захворювання – найперші в світі по смертності серед населення нашої планети. Попередити їх розвиток можна, якщо дотримуватися усталеного режиму дня, стежити за раціоном харчування та мінімізувати споживання не якісної їжі, позбутися шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), знизити кількість стресових ситуацій і додати регулярних фізичних навантажень. Початок фізичної активності в юнацьковму віці розглядають як фактор активного довголіття. За даними сайту “ЦПМСД Бориспіль”: “Доведено в дослідженнях, що включення в повсякденний план фізичних навантажень достовірно знижує ризик виникнення серцево-судинних захворювань, інсульту, цукрового діабету, ожиріння, депресії та знижує загальну смертність”

Мета: Проаналізувати, як впливають шкідливі звички та заняття спортом на стан серцево-судинної системи.

Матеріали та методи: Проаналізована стаття на сайті “Клініка вихідного дня” та “ЦПМСД Бориспіль”. Об'єктами спостереження були студенти 1-3 курсів Вінницького національного медичного університету. Провівши власне дослідження 80 осіб різної статі, ми розповіли студентів на 4 групи:

1 - займаються оздоровчим спортом та мають шкідливі звички; 2 - не займаються оздоровчим спортом та мають шкідливі звички; 3 - займаються оздоровчим спортом та не мають шкідливих звичок; 4 - не займаються оздоровчим спортом та не мають шкідливих звичок.

Результати: Заняття оздоровчим спортом має позитивний вплив на серцево-судинну систему, якщо фізичні навантаження виконуються з розумінням потреб власного організму та за рекомендаціями спеціалістів. Регулярні фізичні вправи зміцнюють серцево-судинну систему та покращують її функціонування. Під час виконання фізичних вправ серце починає битися швидше, що сприяє збільшенню кровообігу та кисненасиченості крові. За результатами первинних досліджень студентів третьої групи, ми можемо зробити висновок, що пульс у людей, які займаються спортом на регулярній основі дорівнює приблизно 68 ударів за хвилину; тиск у свою чергу знаходиться в межах норми - 123/67 в мм. рт. ст. У людей, що вживають спиртні напої чи зловживають курінням (2 група студентів) у стані спокою тиск підвищений та складає приблизно 135/88 мм. рт. ст. У студентів, які не займаються спортом та не мають шкідливих звичок (4 група) артеріальний тиск та пульс перебуває в межах норми - 120-129 мм.рт.ст.(систоличний) і 80-84 мм.рт.ст.(діастолічний) А от у студентів, які займаються спортом на постійній основі та мають шкідливі звички артеріальний тиск та пульс завжди підвищені, адже алкоголь підвищує ці показники. Неадекватність спортивних навантажень індивідуальним функціональним можливостям може мати негативний вплив на серцево-судинну систему: підвищення артеріального тиску, ризик розвитку аритмії серця та інші. Неправильно підібрані вправи та їх виконання без належної підготовки та контролю спеціаліста може призвести до травм та пошкоджень серця та інших органів.

Висновки: Серцево-судинна система людини досить чутливо реагує на певні зовнішні подразники, тому слід відповідально ставитися до свого здоров'я, займатися спортом, позбавлятися шкідливих звичок, адже вони продукують розвиток таких небезпечних для життя серцево-судинних захворювань. Доведено, що включення в повсякденний план фізичних навантажень допоможе зміцнити серцево-судинну систему, покращивши її функціонування.

А.А. Рудь

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЛОСКОСТОПСТІ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Юлія Іванівна Якушева (к.біол.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: плоскостопість призводить до формування травм опорно-рухового апарату, оскільки функціональний стан стопи погіршується через підвищене навантаження. Однією з найважливіших проблем сьогодення є відсутність єдиної методики профілактики та корекції плоскостопості у дітей. Тому необхідно вирішити цю проблему, тобто створити реабілітаційні програми для дітей з плоскостопістю.

Мета: проаналізувати літературні джерела з метою виявлення ефективних фізіотерапевтичних програм для школярів зі складною плоскостопістю.

Матеріали та методи: теоретичний аналіз науково-методичної літератури та джерел серед електронних баз даних PubMed, MedRxiv, Google Scholar від 2021 року стосовно ефективності програм фізичної терапії дітей молодшого шкільного віку з комбінованою плоскостопістю.

Результати: Використовують спеціальні вправи, які різними способами зміцнюють м'язи, що сприяють супінації заднього відділу стопи і зовнішньому обертанню гомілки (довгий і короткий згиначі великогомілкової кістки), м'язи, що зближують першу плеснову кістку і п'яткову кістку (задній великогомілковий, короткий і довгий згиначі великогомілкової кістки), а також м'язи, що сприяють пронації переднього відділу стопи (довга малогомілкова кістка). Для зміцнення склепінь стоп деякі вчені рекомендують лазити по гімнастичній драбині або канату босоніж.

Вважається, що ходьба по дошках, гойдалках або колодах також зміцнює склепіння стоп, а також запобігає розвитку у дітей клишоногості і плоскостопості. Висота схилю збільшує навантаження на передню частину склепіння стопи, звільняючи склепіння від ваги і дозволяючи йому набути правильної форми. На вузькій опорі пальці стопи рідше згинаються назовні, зберігається симетрія лівої і правої стопи. Основними методичними прийомами є: заняття проводяться босоніж, контроль за якістю виконання, дотримання амплітуди та певних рухових осей, при виконанні вправ у вихідному положенні при виконанні вправ для верхніх кінцівок і тулуба чергувати вихідні положення і повторювати статичне напруження і розслаблення. Для дітей з дисфункцією стоп важливо не тільки систематично виконувати спеціальні вправи для корекції плоскостопості, а й дотримуватися гігієнічних правил і застосовувати розумне навантаження на нижню кінцівку. Один з варіантів проведення реабілітації пропонується здійснювати безпосередньо в дошкільних навчальних закладах, де дитина перебуває майже щодня і тому може отримувати своєчасну і регулярну фізичну реабілітацію.

Висновки: Плоскостопість є поширеною патологією стопи, й існують різні рекомендації, засоби та методи для її профілактики та корекції. Поширеність плоскостопості залишається високою, а передумови та фактори її виникнення збільшуються, що підвищує важливість застосування реабілітації, розробки диференційованих програм фізичної реабілітації для дітей з плоскостопістю.

Є.А. Саєнко

СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЇ «ПАРАМЕДИК» В УКРАЇНІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

К.Х. Герасимюк (доц., кан.н. з держ.управління)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: 2016 року МОЗ України розпочало реформу екстреної медичної допомоги (ЕМД), мета якої - покращити якість, доступність ЕМД, зниження смертності та набуття інвалідності внаслідок дії надзвичайних ситуацій і невідкладних медичних станів, забезпечення ефективної ЕМД. Відповідно реформи у 2017 р. наказом МОЗ України № 918 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» у розділі «Фахівці» були внесені кваліфікаційні вимоги для

нової професії «Парамедик», яка була внесена до національного класифікатора України відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 26.10.2017 р. № 1542 «Про затвердження Зміни № 6 до національного класифікатора України ДК 003:2010».

Мета: вивчити особливості становлення, розвитку, значення професії «парамедик» в Україні.

Матеріали і методи: проведено ретроспективний аналіз вітчизняних, іноземних статей з ресурсу GoogleScholar за 2017-2022рр.

Результати: парамедицина – термін, що був запозичений з англо-саксонської моделі надання ЕМД на догоспітальному етапі. Найбільший її розвиток - 60-ті роки минулого сторіччя на території США. Її мета – заощадження часу для транспортування хворих, підвищення кваліфікаційних навичок бригад ЕМД, покращення доступності до первинної медичної допомоги.

Відповідно до запровадженої реформи в Україні до 01.01.2025 фельдшери невідкладних станів і медсестри, які наразі працюють у бригадах ЕМД, мають пройти курси і отримати професійну кваліфікацію «парамедик». Парамедик – це спеціаліст із вищою медичною освітою після навчання у медичному ВНЗ не менше 3 років, що надає широке коло рятувальних медичних послуг (огляд постраждалого, діагностика його стану, надання ЕМД) відповідно до міжнародних стандартів на догоспітальному етапі і вчасно транспортує хворого до лікарні. Парамедик – це особа, що має кваліфікаційний освітній рівень не нижче молодшого бакалавра галузі знань «Охорона здоров'я» та відповідною спеціалізацією; кваліфікаційні вимоги до них вищі, ніж до фельдшерів. У рамках «пілотного проекту» з 2018 року ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського та ЧМА оголосили набір на нову спеціальність «парамедик». Особливість навчання – вичерпні практичні заняття, які спрямовані на невідкладні стани в умовах надзвичайної ситуації, окрім неодмінної медичної теорії. Вони надають широкий спектр ЕМД хворим на місцях, зокрема здійснюють внутрішньовенні втручання, реанімацію пацієнтів, надають дихальну підтримку за допомогою інтубації та штучної вентиляції (відповідно до ст.11. ЗУ Про ЕМД). Також в Україні триває програма підготовки інструкторів-парамедиків, які допомогатимуть у перекваліфікації фельдшерів та медсестер у регіонах.

В умовах сьогодення підтвердилася актуальність професії «парамедик» у зв'язку із запровадженням воєнного стану в Україні; парамедики рятують життя кожного бійця на фронті в умовах бойових дій.

Висновок: реформа ЕМД триває, зокрема одна із її складових – підготовка парамедиків – це досить тривалий, непростий і новий для України процес.

А. В. Самойлова, М.О. Кузнецова

ВПЛИВ ГІПОДИНАМІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ШЛУНКОВО КИШКОВОГО ТРАКТУ

Кафедра загальної та клінічної патофізіології ім. Д.О. Альперна

Кузнецова М.О.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Однією з важливих проблем людства в ХХІ столітті є гіподинамія або «хвороба цивілізації», оскільки вона займає 4 місце серед причин смертності населення. За результатами досліджень ВОЗ кожна четверта людина на планеті веде малорухливий спосіб життя. Так, в останні роки гіподинамія була зареєстрована у 35% жінок та 26% чоловіків у країнах з високим рівнем розвитку.

В сучасних умовах, під час повномасштабної війни в Україні студенти, які знаходяться на дистанційному навчанні, вимушені більшість свого часу проводити сидячи за комп'ютером працюючи на парах та вивчаючи новий матеріал за допомогою електронних підручників. Це призводить до розвитку гіподинамії, яка в свою чергу, здатна згубно впливати на різні системи органів нашого організму.

Мета: було дослідити вплив гіподинамії на морфофункціональний стан шлунково-кишкового тракту у здобувачів освіти Харківського національного медичного університету під час дистанційного навчання.

Матеріали та методи: Для досягнення встановленої мети було проведено соціологічне дослідження у вигляді анкетування 76 студентів ХНМУ у вікових групах 19-20 років, яке здійснювали за допомогою Google-форми і аналіз наукових джерел (20 статей з бази Scopus, Web of science, Pubmed).

Результати: Ми провели анкетування серед студентів різних курсів ХНМУ. За результатами добровільного опитування були отримані наступні дані: 26,3% здобувачів освіти в середньому проводять за монітором комп'ютеру працюючи на парах та вивчаючи новий матеріал за допомогою електронних підручників 7-8 годин на день, 23,7% - 5-6 годин, 14,5 %- 9-10 годин, 14,5% - більше 10 годин на день. При цьому 65,8% студентів не виконують фізичні вправи під час перерви між парами, що є дуже важливим фактором в розвитку гіподинамії, так як будь-яка рухова активність є гарною профілактикою при цьому стані. Ми дослідили, що заважає здобувачам займатися спортом, та з'ясували, що: 59,7% не виконують фізичних вправ через брак вільного часу, 56,7% - через свою ліню та 23,9% - через відсутність спортивного приладдя. Зважаючи на цю статистику ми задали питання щодо зайвої ваги у анкетованих і з'ясувалося, що 36,8% відмітили у себе появу надмірної маси тіла під час дистанційного навчання. Також більшість респондентів почали непокоїти неприємні симптоми зі сторони ШКТ, так 27,6% мають закрепи, 28,9% відчують важкість у животі, 39,5% опитуваних помітили у себе підвищення апетиту, решта студентів вказала такі симптоми як кольки, метеоризм, больовий синдром під час акту дефекації тощо. 2,6% анкетованих останнім часом зверталися до лікаря з приводу розладів роботи ШКТ, а 18,4% планують звернутися найближчим часом. 27,6% студентів визнали, що мають захворювання ШКТ, що з'явилися протягом дистанційного навчання. Серед них 46,9% мають гастрит, решту турбують ентероколіти, холецистити, ожиріння, геморої.

Висновки: Отже результати дослідження показали, що гіподинамія під час дистанційного навчання має вагомий вплив на морфофункціональний стан органів ШКТ. Майже третина з респондентів вказували на симптоми порушення функціонування органів травної системи, що може стати фактором ризику розвитку більш тяжких захворювань. Більшість здобувачів освіти зазначали, що не виконують регулярні фізичні вправи задля запобігання розвитку порушень з боку травної системи, оскільки не усвідомлювали ефективність таких заходів.

К.С. Семененко

СТАТИСТИКА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕННЯ COVID-19 У СПОРТСМЕНІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Л.А. Сарафинюк (д.б.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Коронавірусна хвороба (COVID-19) – це респіраторне захворювання, що зумовлює порушення функціонування не лише дихальної системи, але і впливає на стан серцево-судинної системи, зокрема на роботу серцевого м'язу. COVID-19 спричиняє розвиток міокардитів, що супроводжуються набряком та фіброзом. Своєчасна діагностика та лікування такого ускладнення є надзвичайно важливим для спортсменів, оскільки продовження активних тренувань під час цієї патології може призвести до раптової серцевої смерті, що є однією з найбільш поширених першопричин смерті серед спортсменів віком до 35 років (22%).

Мета: ознайомитися із частотою розвитку міокардиту у спортсменів, внаслідок перенесеної коронавірусної інфекції.

Матеріали та методи: здійснено аналіз статей кардіологічного реєстру Big Ten Covid-19 на основі бази даних PubMed, публікацій журналу Sports Health (SPH) та наукової платформи Frontiers.

Результати: Міокардит – це неішемічне запалення серцевого м'язу, що зумовлює руйнування міоцитів, з подальшим рубцюванням та аритмією. Основним методом діагностики міокардитів є магнітно-резонансна томографія серця; також застосовується електрокардіограма, ехокардіографію та ендоміокардіальну біопсію. Міокардит доволі часто у спортсменів виникає як наслідок хронічного фізичного перенапруження серцево-судинної системи в результаті великої кількості причин, одні з яких пов'язані з нераціональною побудовою тренувально-змагальних навантажень, інші – з патологічним екзогенним впливом, зокрема інфекційними захворюваннями. Підвищення рівня тропоніну та креатинінкінази є основними біохімічними маркерами міокардиту. За даними дослідження, в якому брало участь 1597 ковід-позитивних студентів-спортсменів із тринадцяти університетів США (учасників конференції Big Ten Covid-19), міокардити різного ступеня діагностовано у 37 студентів, що складає 2,3% від загальної вибірки. Субклінічна (безсимптомна) форма міокардиту виявлена у 28 студентів (75%). Клінічна форма (із вираженими клінічними проявами: задишка, біль в ділянці серця, слабкість) виявлена у 9 студентів (25%) (Curt J. Daniels, 2021). Відповідно до дослідження, проведеного серед 42 коледжів та університетів США, поширеність даної патології в студентів-спортсменів становить 0,7% , тобто 21 особа серед 3018 ковід-позитивних.(N. Moulson, 2021).

Для спортсменів із субклінічним перебігом рекомендується обмеження тренувань та фізичної активності на 3 місяці. Особам із клінічним міокардитом також призначається медикаментозне лікування : нестероїдні протизапальні засоби та колхіцин.

Висновки: Рання діагностика міокардитів у спортсменів дає можливість встановити ризики подальшого прогресування захворювання, розробити ефективне лікування та загалом зменшити кількість летальних випадків перебігу постковідних ускладнень.

К. В. Симоненко

АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЛІНАЦІЇ АМБРОЗІЇ В ЗАПОРІЖЖІ У 2021-2022 РОКАХ

Кафедра медичної біології, паразитології та генетики

Г.Ю. Малєєва (к.біол.н., старший викладач)

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день полінози займають одну з перших позицій серед хвороб за своєю поширеністю, важкістю профілактики та лікування. Найчастіше саме пилок амброзії провокує розвиток полінозів у населення і, як наслідок, появи бронхіальної астми. Відомо, що основним методом, який допоможе усунути симптоми полінозу є уникнення контакту з алергеном. Також прийом ліків повинен бути до початку масового продукування пилку, який залежить від комплексу погодних умов та не співпадає кожен рік. Але, питання щодо коректного прогнозування аероалергенної ситуації досі залишається недостатньо вивченим. На кафедрі медичної біології, паразитології та генетики працює лабораторія аеробіології, розроблені методи прогнозування, які дозволяють передбачити різке підвищення концентрації пилку амброзії в атмосферному повітрі. Інформація доводиться до населення за допомогою сайта лабораторії аеробіології ЗДМУ та соціальних мереж.

Мета: Проаналізувати особливості палінації амброзії у м. Запоріжжя в період сезонів цвітіння у 2021 та 2022 роках у порівнянні з завчасно доведеним прогнозом.

Матеріали та методи: Аеробіологічний моніторинг проводився на кафедрі медичної біології, паразитології та генетики ЗДМУ з використанням волюметричної пастки, прототипом якої

була пастка Хірста. Прогнозування здійснювали методом, розробленим на кафедрі (Малєєва, 2017. Патент 115954 Україна).

Результати: У 2021 р. палінація амброзії розпочалась у першій декаді серпня та продовжувалась до жовтня. Сумарна кількість пилоквих зерен за сезон склала 9049. Максимальну концентрацію 1350 пилоквих зерен було зафіксовано 30 серпня, про що було сповіщено населення за три дні! В інші дні масового цвітіння концентрація трималась на рівні 400 зерен в кубометрі. У 2022 р. палінація амброзії розпочалась та продовжувалась так само як і у 2021 році. Сумарна кількість пилоквих зерен за сезон становила 8935. Максимальну концентрацію (723 пилокві зерна) було зафіксовано 24 серпня. У порівнянні з минулим роком у 2022 році не спостерігалось різких підвищень концентрації пилку, що пов'язано з відносно спокійними умовами погоди в період цвітіння.

Висновки: Комбінація погодних умов у 2021 році напередодні 30 серпня призвела до появи пікової концентрації, яка значно перевищила середні показники і про що було завчасно повідомлено. При цьому, у 2022 році різкі підвищення кількості пилку цієї рослини в атмосферному повітрі не були зафіксовані. Адекватне реагування хворих та лікарів на попередження значного підвищення концентрації пилку амброзії у повітрі, які відбуваються не так часто, дозволить уникнути масових загострень захворювання.

М.Г. Сирота, Г.Г. Сирота

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЗВО: ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ТА ПРОФІЛАКТИКА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Повномасштабне вторгнення РФ призвело до порушення психічного стану, величезного стресу в українців, а особливо в зонах проведення бойових дій. Через військові дії в Україні у здобувачів закладів вищої освіти (ЗВО) від великої кількості подій, інформації та навантаження під час навчання з'явилися ознаки синдрому емоційного вигорання (СЕВ), постійної втоми, виснаження, втрата інтересу до навчання, майбутньої кар'єри та оточення, що перетворюється в байдужість до стосунків з оточуючими та бажанням замкнутися у своєму внутрішньому світі.

Мета: Порівняти ступінь емоційного вигорання у здобувачів-медиків 1-6 курсів ВНМУ ім. М.І. Пирогова до початку навчання і під час іспитів, модулів, а також розробити способи запобігання СЕВ для покращення їх психологічного здоров'я.

Матеріали та методи: В анонімному, добровільному анкетуванні до початку навчання прийняли участь 300 студентів, серед них 82,3% жінки, 17,7% чоловіки. Під час іспитів/модулів взяли участь 362 студента, серед них 76,2% жінки, 24,1% чоловіки. Ступінь емоційного вигорання студентів ЗВО визначався за методикою «Оцінка власного потенціалу «вигорання» Дж. Гібсона. Проведено аналіз та опрацювання вітчизняних та іноземних наукових праць.

Результати: Дані досліджень показали, що більшість студентів як жіночої, так і чоловічої статі мають високі показники середнього ступеня ознак СЕВ, як до початку навчання, так і під час складання іспитів/модулів. У чоловіків на другому місці переважає низький рівень емоційного виснаження. Так, у студентів чоловічої статі низький рівень до початку навчання у 1 курсу був 12,5% і збільшився під час складання іспитів/модулів до 41%; 4 курсу з 33,3% збільшився до 55,6%; 5 курсу з 14,3% до 50,0% відповідно. За результатами дослідження у студентів жіночої статі всіх курсів сталось збільшення високого ступеню емоційного виснаження перед складанням іспитів/модулів. Так, до початку навчання та під час складання іспитів/модулів у студентів 2 курсу жіночої статі збільшення з 15,6% до 27,2%; 3 курсу з 12,5%

до 38,2%; 4 курсу з 27,6% до 33,3%; 5 курсу з 11,1% до 27,3%; 6 курсу з 13,3% до 21,0%, що негативно впливало на психосоматичне здоров'я студенток: погіршення зі сторони серцево-судинної та нервової системи, гінекологічні порушення. У студентів чоловічої статі збільшення високого ступеня емоційного вигорання сталося у 1 курсу – з 12,5% до 18%; 3 курсу – з 14,5 до 22,2%; 6 курсу – з 36,4% до 50,0%. Це свідчить про те, що під час навчання збільшується навантаження, яке потребує підвищеної психологічної витривалості.

Висновок: Військовий стан в Україні, високий рівень навантаження та не дотримання правил безпеки, режиму харчування, відпочинку здобувачів ЗВО може нести значні ризики для психічного здоров'я: надавання переваги рутині, байдужості до новизни, зменшення зацікавленості до навчальної діяльності, формальність виконання роботи, постійна втома і бажання перерватися, відпочити, та зміни у емоційній поведінки. Саме тому здобувачі ЗВО повинні дбати про психічне здоров'я. здобувачі потребують профілактичних заходів на всіх курсах навчання.

О.В. Сілкина

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РУМУНІЇ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

А.М. Шевчук (к.психол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Організація надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) населенню є пріоритетним напрямом системи охорони здоров'я України і потребує вивчення досвіду інших країн з метою її подальшого удосконалення.

Мета: Дослідити організацію ЕМД в Румунії, оцінити її переваги та недоліки, порівняти з організацією останньої в Україні.

Матеріали та методи: Огляд і аналіз сучасних вітчизняних та іноземних інтернет-джерел.

Результати: Після повномасштабного вторгнення Росії в Україну Румунія одна з перших країн, яка надала тимчасовий прихисток українцям та доступ до безоплатних послуг на майже всіх рівнях медичної допомоги. На 2023 рік Румунія нараховує 19 млн. 400 тис. населення, це приблизно у 2 рази менше чим в нашій державі, має найменші витрати на охорону здоров'я в Європі, що в декілька разів більше чим в Україні.

В Румунії для виклику бригади ЕМД використовується єдиний номер національної ЕМД 112, диспетчери, при необхідності, розмовляють українською мовою. В нашій державі виклик здійснюється за номером 103, останні роки впроваджується єдиний номер 112. Виклик бригади та надання ЕМД в обох державах безкоштовні.

В Румунії такі типи бригад ЕМД: клас «А» (екіпаж складається з водіїв), клас «В» (до екіпажу входять водій, санітар та волонтер) клас «С» (екіпаж складається з водія, лікаря, санітара та волонтера). В Україні бригади поділяються на лікарські (до складу входять лікар, фельдшер, медична сестра, водій), фельдшерські (до складу входять фельдшер, медична сестра, водій) та бригади парамедиків (до складу входять парамедик та екстрений медичний технік).

Класифікація викликів в Румунії: червоний код – найвищий рівень терміновості, у випадках загрози життю; жовтий код – загрози життю немає, однак пацієнт потребує ЕМД; зелений код - консультація на дому. Час прибуття бригади до місця виклику не повинен перевищувати: 8 хвилин в місті, принаймні в 90% випадках, 12 хвилин в селах щонайменше в 75% випадках. В Україні з 2021 року термін прибуття залежить не від місця перебування постраждалого, а від категорії викликів: критичні (прибуття 10 хв); екстрені (20 хв); неекстрені (до сімейного лікаря, приїзд бригади не задіяної в критичному виклику); непрофільні (до сімейного лікаря, консультація диспетчера).

Румунія як і Україна протягом багатьох років перебуває в процесі реформування. В Румунії впроваджено національну програму оснащення лікарень та автомобілів ЕМД тощо. Проте,

відзначаються: міграція фахівців за кордон, недостатнє фінансування, низькі зарплати. В Україні спостерігається збільшення фінансування та закупівля нового обладнання та автомобілів, модернізація оперативного-диспетчерських служб, впровадження міжнародних клінічних протоколів. Проте, потреба в модернізації кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення залишається.

Висновок: Структура та організація служб ЕМД в Україні і в Румунії мають як переваги так і недоліки. В обох державах спостерігається позитивна динаміка змін в цій сфері, проведення реформ, покращення технічної бази, що загалом сприяють підвищенню рівня і якості медичної допомоги.

К.В. Спрут
ГІГІЕНА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.М.Ваколюк (доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У наш час питання гігієни в умовах воєнного стану дуже актуальне від початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну.

Мета: Проаналізувати дані літературних джерел та визначення важливості гігієнічних умов захисників сьогодення.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій GoogleScholar, PubMed, Web of Science та інших видань

Результати: Усім відомо, що дотримання гігієни – запорука здорового способу життя і є невід’ємною складовою дня людини. На жаль, війна не дає доступ до виконання повних потреб людей, але, не зважаючи на це, слід хоча б мінімально дотримуватись правил гігієни, оскільки це дуже важливо для здоров’я.

Під час воєнного стану є низка факторів, які мають негативний вплив на здоров’я людини: польове розміщення військових і цивільних формувань, недостатня кількість води, їжі, медикаментів, засобів гігієни.

Організація та проведення санітарного нагляду за польовим розміщенням військових при надзвичайних ситуаціях та під час війни має першочергове значення. Гігієнічні вимоги до їх обладнання та експлуатації, до перебування в них (площа, вентиляція, опалення) є важливою умовою боєздатності військ.

Умови воєнного стану є надзвичайно складними та через це військовослужбовці працюють в умовах, далеких від гігієнічних норм. Тому важливо забезпечувати їх навчанням первинної медичної допомоги та можливістю зберігати свої речі та засоби гігієни в чистоті (наприклад використовувати індивідуальні сумки для зберігання).

Дуже важливим в таких умовах є організація і проведення санітарного нагляду за очищенням, знезараженням, дезактивацією води, адже епідеміологічна безпечність та токсикологічна нешкідливість води є обов’язковою умовою, тому що недостатня її кількість та невідповідність гігієнічним вимогам призводять до поширення різних інфекційних хвороб.

Також надзвичайно важливий фактор – забезпечення гігієни харчування, організація і проведення санітарного нагляду за повноцінністю та безпечністю харчування військових формувань під час війни, що дає можливість уникнути порушень здоров’я, які пов’язані з неповноцінністю і недоброякісністю харчування. Особливе значення приділяють харчовим отруєнням мікробної та немікробної природи, при цьому потрібно проводити медичну експертизу продовольства у польових умовах за допомогою табельних засобів.

Слід не забувати порядок поведінки з відходами, що утворилися у зв’язку з пошкодженням будівель та споруд внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій або проведення робіт

з ліквідації їх наслідків. Утилізація побутових відходів також має значення, адже саме це може бути причиною розповсюдження хвороботворних мікроорганізмів.

Висновки: Отже, проаналізувавши наукові публікації, можна дійти до висновку, що військовий стан може значно обмежити доступ до базових гігієнічних потреб людини. Потрібно проводити регулярний медичний огляд та заходи, спрямовані на захист населення; дотримуватись правил особистої гігієни та принципів антисептики, оскільки це гарантує безпеку солдатам під час виконання служби.

Н.І. Струкевич

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ГОТОВНОСТІ ДО РИЗИКУ ТА СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к.психол.н, доцент) В. Ю. Ангельська (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тривале виконання діяльності в умовах підвищеного психічного і фізичного навантаження може призвести до виникнення синдрому емоційного вигорання, а також зниження або підвищення рівня особистісної готовності до ризику. Синдром емоційного вигорання – стан фізичного і психічного виснаження працівників, що погіршує їх ефективність у виконанні робочих завдань, а при тривалій дії призводить до появи психосоматичних захворювань. Цей розлад, який виникає без травматизації та порушень в органічній сфері, а через хронічну дію емоційного виснаження і супроводжується депресивними станами, втратою інтересу до життя, втратою енергійності, появою психічного дистанціювання від праці та негативних думок щодо неї, зниженням рівня професійних досягнень та загальним відчуттям сильної втоми.

Мета: встановити залежність між емоційним вигоранням, особистісною готовністю до ризику та статтю. Порівняти рівень емоційного вигорання та готовності до ризику між військовослужбовцями різних статей.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось за допомогою анонімної електронної анкети Google- форми. Вибірка дослідження складала 50 військовослужбовців. Нами були використані такі опитувальники: Дослідження «синдрому професійного вигорання» (за методикою Дж. Грінберг); «Оцінка власного потенціалу вигорання» (за методикою Дж. Гібсон); діагностика рівня особистісної готовності до ризику («PSK» за методикою Г. Шуберта), доповнені запитаннями анамнестичного характеру.

Результати: В результаті дослідження ми отримали 50 відповідей, з них: 50% – жінки, 50% – чоловіки. Вік респондентів від 18 до 53 років. Військові звання досліджуваних: майор – 2(4%), капітан – 4(8%), старший лейтенант – 9(18%), лейтенант – 8(16%), молодший лейтенант – 12(24%), військовослужбовці сержантського складу – 7(14%), рядового складу – 8(16%). За опитувальником Г. Шуберта: 14(28%) опитаних мають високу схильність до ризику; 25(50%) – середня схильність до ризику; 11(22%) – низька схильність до ризику. Серед чоловіків більша кількість з високою 8(32%) та середньою 14(56%) схильністю до ризику, серед жінок домінує середня 11(44%) та низька 6(24%) схильність до ризику. Результати опитувальника Дж. Грінберга вказують на те, що: 28(56%) мають низький рівень професійного вигорання, 19(38%) – середній рівень, 3(6%) – високий рівень. Результати опитувальника Дж. Гібсона: критерій «Деперсоналізація» у 36(72%) – низький рівень, у 14(28%) – середній; «Особиста задоволеність» у 21(42%) – середній рівень, у 16(32%) – високий рівень, у 13(26%) – низький

рівень; «Емоційне виснаження» у 26(52%) – низький рівень, 18(36%) – середній рівень, 6(12%) – високий рівень.

Висновки: Психологічна готовність військовослужбовця до ризику- це здатність особистості приймати адекватні рішення щодо своєї поведінки та досягати успіху у виконанні службово-бойових завдань. Зважаючи на отримані результати, ми можемо зазначити, що чоловіки мають більшу схильність до ризику у порівнянні з жінками, та менший рівень емоційного і професійного вигорання.

Ю.О. Талабко, Elimam Noon O., А.В. Благая
**ПОРІВНЯЛЬНА ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ ТРАНСЖИРІВ В
ХАРЧУВАННІ СТУДЕНТІВ НМУ ТА УНІВЕРСИТЕТІВ ЗОНИ ЗАТОКИ**

Кафедра гігієни та екології №1
В.Г. Бардов (д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України)
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: Приблизно 540 000 смертей щороку є наслідком споживання промислово вироблених трансжирних кислот. Високе споживання трансжирів збільшує ризик смерті на 34%, в т.ч. смерті від ішемічної хвороби серця на 28% та ішемічної хвороби серця на 21%. Через ризик для здоров'я від цих видів жирів, Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США (FDA) з 2018 року заборонило виробникам харчових продуктів додавати частково гідрогенізовані олії у харчові продукти (<https://www.fda.gov/food/food-additives-petitions/trans-fat>).

Мета роботи: Порівняльна гігієнічна оцінка рівня трансжирів в раціоні студенток Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та університетів зони Перської/Арабської затоки.

Матеріали і методи: Опитування, гігієнічний та статистичний методи було використано в дослідженні. В опитуванні взяли участь студенти жіночої статі з Національного медичного університету імені Богомольця, а також із університетів зони Перської/Арабської затоки. Предмет дослідження – рівень трансжирів у раціоні студентів.

Результати: В раціоні всіх студенток було виділено продукти, що містять в своєму складі трансжири. Серед студенток НМУ вживання таких продуктів становило: печиво - $1,76\% \pm 0,035$; випічка - $2,84\% \pm 0,057$; шоколад - $0,72\% \pm 0,014$. В свою чергу, для студенток університетів зони Перської/Арабської затоки за відповідними групами харчових продуктів: печиво – $0,15\% \pm 0,18$; випічка – $0,23\% \pm 0,13$; шоколад – $0,07\% \pm 0,1$.

Висновки: Отримані результати свідчать, що саме у студенток Національного медичного університету імені О.О. Богомольця в раціоні є перевага у кількості продуктів, що містять трансжири. Вище зазначене вимагає проведення додаткових санітарно-просвітніх заходів щодо інформування студентської молоді в Україні про шкідливість та небезпечність споживання їжі з вмістом трансжирних кислот.

А.А. Тварковська
СУБКУЛЬТУРА ПВК «РЕДАН»

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.), В.Ю. Ангельська (ст. викладач), Н.І. Гуменюк (ст.викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: З політичної точки зору, функціонування та розвиток молодіжних субкультур зумовлені їхньою специфічною роллю в політичній взаємодії. Динамічність, демографічні та

вікові характеристики молодого покоління дозволяють акцентувати увагу на особливостях його політичного впливу в сучасному світі. У сучасному соціально-економічному та політичному середовищі термін «молодь» часто асоціюється з негативними рисами. Безвідповідальність, соціальна та політична байдужість, прагнення до незаслужених та легких матеріальних благ, аморальність, безвідповідальність.

Мета: дослідити феномен молодіжної субкультури ПВК«Редан» в сучасній Україні та її вплив.

Матеріали та методи: літературний огляд, теоретичний, огляд інтернет-ресурсів.

Результати: Молодіжні субкультури- це групи молодих людей з власними культурними елементами, такими як: мова(сленг),символи(зовнішні атрибути),традиції, норми та цінності. Усі субкультури молоді можна розділити на дві основні групи. До першої відносяться «традиційні» субкультури, що мають давню історію (панки, байкери, хіпі,бітли), а до другої «новітні», які виникли в останнє десятиліття (слешери, брейкери, репери, емо, готи, тамблергерл, «ванільні», ПВК «Редан та інші).У кількох містах України пройшли вуличні акції за участі підлітків та молоді. У соціальних мережах пишуть, що в Україні з'явилися представники російського руху ПВК«Редан», яких зараз масово затримують. Слід зазначити, що ПВК«Редан» - це не військова організація, а агресивна молодіжна субкультура фанатів аніме, які організовують масові конфлікти. Аніме має дві позиції: жертва та агресор. Появу цієї субкультури пов'язують з бандитським угрупованням ,символом якої був павук та цифра чотири з японського -аніме серіалу «Hunter x Hunter». «Редан» носять штани у клітинку, а інколи надають перевагу чорному одягу. Кожен представник цього угруповання мав татування павука з відповідним номером. У субкультурі ПВК«Редан» всі члени групи мають символ павука з цифрою «4». В аніме, це число завжди означає зрадника або шпигуна в організації. Це пов'язано із тим, що у японській культурі число «4» приносить негаразди. Представники цієї субкультури називають себе неформалами та пояснюють, що основною метою руху є «боротьба за справедливість та самовираження, молоді люди не хочуть, щоб їх переслідували або цькували через їхній зовнішній вигляд, люди повинні сприймати їх такими, якими вони є, тому що хто знає, що може статися». «Редан» виступає проти «офніків», тобто «хуліганів», які шукають привід для агресивної бійки. Учасниками ПВК«Редан» є підлітки 13-18 років і найбільша її кількість прихильників у Tik-Tok.

Висновки: Таким чином, ми можемо стверджувати, що цей рух перекочував в Україну з росії через Tik-Tok, створюються телеграм канали, які знаходять своїх прихильників. Варто бути уважними до підлітків, до їх почуттів, емоцій та поведінки. У багатьох випадках поведінка є реакцією на складну ситуацію, в якій опинився підліток, у наш час це- війна.

В.В. Ткачук

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ Й ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Т.М. Сидорчук (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: в умовах сьогодення з'являється все більше доказів того, що воєнний стан став найбільшим стресором та вплинув на високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед молоді. Особливо важливим є дослідження наявності посттравматичного стресового розладу серед майбутніх медиків та способи його лікування. Дане захворювання може проявлятися у студентів по-різному: уникненням, негативними змінами в когнітивних процесах та настрої, а також в збудженні й гіперактивності, що негативно вдається ознаки на самопочутті та успішності у навчанні. Актуальним є збір інформації про наявний стан та

оцінка якості психічного здоров'я у студентів-медиків, і рекомендації стосовно методів розвантаження за умов розумового напруження.

Мета дослідження: дослідити рівень тривоги та можливість виникнення посттравматичного стресового розладу у студентів медичного університету в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи: аналітичний, системний, описовий, порівняльний, з використанням власного опитувальника, інтернет-ресурс, аналіз наукових джерел Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Результати: В дослідженні прийняли участь 62 здобувача освіти 1-6 курсів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, які брали участь в добровільному анонімному анкетуванні. Респонденти віком від 17 до 23 років, чоловіків –16,1% (10), та жінок- 83,9% (52). Для проведення дослідження було розроблено Google-форму, яка включала питання з перевіреного скринінгу загального тривожного розладу (GAD-7) і посттравматичного стресового розладу (PC-PTSD-5), доповненого власними запитаннями, пов'язаними зі зміною якості життя студентів в умовах воєнного стану. Низка аспектів, що досліджувались в анкетуванні, – хвилювання, рівень роздратованості, наявність стресового досвіду, відчуття пригнічення та смутку, сильні негативні емоції, сильні негативні переконання про себе, відчуття постійної напруги, здатність зосереджуватись, наявність повторюваних сновидінь тощо. Варто зазначити, що 45,2% студентів-медиків були напруженими більшу половину часу з початку повномасштабного вторгнення, а 50% – не могли зупинити або контролювати своє хвилювання та тривогу. Зауважимо, що майже щодня 38,7 % респондентів мали труднощі з розслабленням, а 37,1% – легко піддавались роздратуванню, що може свідчити про високий рівень тривожності. Важливим є й те, що 40,3% опитуваних стало важче зосереджуватись, що безпосередньо впливає на процес навчання та успішність студентів. Знаковим для визначення посттравматичного стресового розладу є те, що 35,5% мають хвилюючі сновидіння про стресовий досвід і у 32,3% наявні проблеми із засинанням та нічні прокидання за останній рік.

Висновки: таким чином, можна свідчити, що за останній рік у багатьох студентів-медиків наявний високий рівень тривоги, а також частина опитуваних є в зоні ризику набуття ПТСР. Було розглянуто наявні симптоми й фактори, що спричинили даний вид стресового розладу. Варто зважати, що високий показник належить нездатності респондентів зосереджуватись, що в подальшому може вплинути на навчальний процес.

Д.І. Ткачук, В.Р. Оськін

ЗАГРОЗА ЗАСТОСУВАННЯ ФОСФОРНИХ БОЄПРИПАСІВ У ХОДІ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
В.В. Слободян (ст. викладач), М.С. Івашкевич (викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день в умовах повномасштабного вторгнення та агресії РФ проти України постало гостро питання можливого використання ворогом фосфорних боєприпасів запальноючого типу, які заборонені Конвенцією про конкретні види звичайної зброї (Протокол III) ООН від 10.10.1980 року і набула чинності у грудні 1983 р., проти наших військовослужбовців та цивільного населення та завдає руйнівної шкоди здоров'ю людей та екології України.

Мета: Аналіз та оцінка вражаючого фактору фосфорного боєприпасу на організм осіб, які використовують в умовах бойових дій, визначення найкращого методу захисту та надання першої медичної допомоги при ураженні даним видом зброї.

Матеріали та методи: Для аналізу були використанні: Конвенція про конкретні види звичайної зброї, Женевська конвенція про захист жертв війни, вітчизняні підручники з військової токсикології, радіології та медичного захисту.

Результати: Під час впливу білого фосфору, який потрапив на шкіру або одяг, у людини будуть спостерігатися тяжкі опіки. У подальшому вони можуть призвести до глибинних уражень тканин та кісток. При вдиханні великої кількості продуктів горіння білого фосфору виникають ураження слизової оболонки верхніх дихальних шляхів та до дихальної недостатності. При ураженні ШКТ будуть наявні наступні симптоми: блювання, діарея та сильний біль у животі. Здатність білого фосфору до резорбції в організм людини через опікову рану викликає ураження серця, печінки і нирок та до поліорганної недостатності.

Найкращим захистом є використання укриттів, які оснащені системами фільтрації повітря. Домедична допомога полягає в якнайшвидшому позбавленні від одягу, забрудненому часточками фосфору, подальшому рясному промиванню холодною водою уражених частин тіла та накладанні пов'язки зволоженої фізіологічним розчином. Для виведення токсичних речовин з організму під час вдихання отруйних парів використовують сорбенти та рясне лужне пиття.

Заборонено використовувати перекис водню для промивання рани, так як це призведе до утворення кисню, що є середовищем горіння фосфору. Також не можна застосовувати мазі на жировій чи олійній основі тому що це призведе до збільшеного всмоктування частинок фосфору через його жиророзчинність.

Висновки: Фосфорні боєприпаси запалюючого типу є одним з найнебезпечніших контактнопікових видів зброї, що може бути прирівняна до зброї масового ураження, яка використовуються під час збройної агресії РФ проти України. Вони викликають тяжку клінічну картину за рахунок глибинного хімічного опіку при попаданні на частини тіла. Найкращим захистом від ураження білим фосфором є оснащенні укриття, а домедичною допомогою пораненим – ретельне промивання рани з накладанням пов'язки зволоженої фізіологічним розчином.

В.С. Цмок

ПОПУЛЯРНІСТЬ ТА ТЕНДЕНЦІЇ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Кафедра загальної гігієни та екології

О.Ю. Браткова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: тема тютюнопаління залишається доволі актуальною в сучасному світі. Нагадування про негативний вплив куріння на організм людини є зайвим. Наразі з'явилося різноманіття альтернатив використання тютюну в класичному варіанті, тобто в паперовій сигареті, а саме: електронні сигарети, системи нагрівання тютюну, система кальяну тощо. Звичайно, негативний вплив тютюну на організм людини при використанні вищезазначених пристроїв та засобів не зменшується.

Мета: дослідити популярність та тенденції тютюнопаління серед студентів вищих медичних навчальних закладів України.

Матеріали та методи: було проведено онлайн опитування серед 275 студентів медичних вузів за допомогою опитувальника Google Form.

Результати: В результаті дослідження ми виявили, що частка курців складала лише 22.5% (62 учасника), більшість з яких почала курити до 18 років (66.1%). 19.4% надає перевагу паперовим сигаретам, трохи менше (17.7%) системам нагрівання тютюну (IQOS, Glo, Lil і тд), 25.8% електронним сигаретам, а 37% опитаних використовує паралельно декілька видів засобів для паління. При цьому, серед курців паперових сигарет, 41.7% спалює більше 5

сигарет за день, 16.7% менше 5 сигарет, а інші 41.6% курять не більше декількох разів у тиждень чи навіть у місяць. Схожу тенденцію можна спостерігати й з іншими видами тютюнопаління. Серед причин куріння електронних сигарет та систем нагрівання тютюну переважає бажання перейти на більш безпечний спосіб вживання тютюну (46.9%) та жага до нових відчуттів (46.7%). Також слід зазначити, що як курці, так і некурці, у виборі партнера схильні обирати тих, що не палять.

Висновки: отже, за результатами дослідження більшість респондентів (77.5%) не палять, а серед курців, що використовують електронні сигарети та системи нагрівання тютюну, більшість перейшли на такий вид тютюнопаління із метою кинути курити. Отже, можна зробити висновок, що молодь дбає про своє здоров'я.

В.П. Левківська, С.А. Чайкун

СИСТЕМА REVOA НОВИЙ ПІДХІД ДЛЯ ЗУПИНКИ МАСИВНОЇ КРОВОТЕЧІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Кафедра медицини катастроф

Н.І. Гуменюк (ст.викладач), Чорна В.В. (к.м.н.,доцент), Поляруш В.В. (ст.викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: у теперішніх умовах збройних конфліктів 25% із потенційно несмертельних ушкоджень переходять в 90% випадків смерті через кровотечі із магістральних судин. При ідентифікації втрат Збройних сил США під час операцій в Іраку з жовтня 2001 по червень 2011 р. було встановлено, що 87,3% загинули ще до евакуації в госпіталь, із них 24,3% мали потенційно сприятливий прогноз. Причиною смертей у 90,9% випадків були кровотечі: тулубові 67,3%, вузлові 19,2%. У ретроспективному аналізі Британського об'єднаного реєстру травматизму висловлено припущення, що кожна 5 важкопоранена жертва може піддаватися ефективному лікуванню REVOA. У вересні 2022 р. головний хірург ЗСУ підтвердив, що лікарі в мобільних госпіталях України успішно застосовують дану систему.

Мета: розкрити суть методу REVOA для ефективного використання під час війни, яку розпочала Росія в 2022 році.

Матеріали та методи: ретроспективний огляд медичної літератури та аналіз публікацій Scopus, PubMed, NCBI, Google Scholar..

Результати: система REVOA(Реанімаційної Ендоваскулярної Балонної Оклюзії Аорти) наразі використовуюється в Україні тільки військовими хірургами в мобільних госпіталях для порятунку важкопоранених. Уперше цей метод був застосований американським військовим ще у 1954 р. Даний метод повинен виконуватися за суворими показами: стійка гіпотензія (АТ<90 мм.рт.ст) та підозра на внутрішньочеревну та/або внутрішньотазову кровотечу, що триває. Суть процесу полягає у пункції і катетеризації а.femoralis communis за допомогою пальпаторних орієнтирів чи датчика УЗД, введення, позиціонування та роздування балону, залежно від локалізації кровотечі. Виділяють 3 зони встановлення балону: Зона I(оклюзія грудної аорти,a.subclavia - tr.coeliacus),Зона III(нижче ниркових артерій до біфуркації аорти)може контролювати крововилив в таз, а Зона II(є місцем, де беруть початок вісцеральні артерії, що живлять шлунково-кишковий тракт, печінку та нирки) і використовується найрідше. Внаслідок цього зменшується об'єм крововтрати та підвищується АТ для покращення перфузії головного мозку та міокарду до моменту основного оперативного втручання. Після чого відбувається здування балону та видалення інтрод'юсера. Умовою проведення даної процедури є теоретично та практично підготовлений фахівець. Проте разом з ефективністю є і ризик ускладнень: розшарування аорти, стегнової та клубової артерій, при занадто довгій оклюзії можлива ішемія органів. Також слід враховувати підвищення внутрішньочерепного тиску у пацієнтів з наявною черепно-мозковою травмою і неможливість використання даного методу при важкій травмі грудної клітки з множинними переломами

ребер.

Висновок: таким чином система REBOA є актуальним та дієвим тимчасовим, малоінвазивним методом для ендovasкулярного контролю крововиливів у пацієнтів з ризиком неминучого серцево-судинного колапсу, здійснюється за допомогою доступу до стегнової артерії без необхідності торакотомії, що вагомо збільшує шанси доставити поранених живими на наступний етап медичної евакуації.

А.С. Чесаков, Е.В. Сапліна

ОСНОВНІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПЕЧІНКОВОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У МАРАФОНЦІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.В. Андрощук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Одним із хронічно виникаючих гострих проявів фізичного перенапруження системи травлення у спортсменів, особливо у марафонців на довгі дистанції, є печінковий больовий синдром. Розвиток даного виду перенапруження може призводити не лише до погіршення показників під час тренування та результатів змагань, а також до зниження резистентності організму та його функціональних можливостей. Такі зміни підвищують ризик захворюваності та травматизації печінки спортсмена під час підготовки та безпосередньої участі в марафоні, що в подальшому, може призвести до припинення занять даним видом спорту.

Мета: аналіз та узагальнення сучасних уявлень про розвиток печінкового больового синдрому у спортсменів-марафонців, основних патогенетичних ланок його виникнення, рекомендацій щодо запобігання виникнення даного порушення у спортсменів.

Матеріали: у ході дослідження був проведений аналіз джерел навчальної та наукової літератури із ресурсів PubMed, Medline, Scopus, опрацьовано 9 публікацій.

Результати: відомо, що не рідко у учасників марафону на довгі дистанції, в незалежності професіонал це чи початківець, виникає печінковий больовий синдром. Було встановлено, що патогенез даного порушення – мультифакторний та має певні особливості для різних категорій спортсменів даного виду спорту. Основними факторами, що провокують даний вид перенапруження у початківців є: недостатній розвиток фізичної витривалості, недотримання правил проведення розминки, порушення режиму та збалансованості харчування тощо. В такому випадку, під час високої фізичної активності збільшується потреба організму в поживних речовинах, особливо в білках, які є основним будівельним матеріалом, що призводить до деструкції тканини печінки та гемодинамічних порушень. У професійних марафонців, окрім вище наведених факторів, пріоритетним є порушення кровообігу в печінці. При інтенсивному фізичному навантаженні збільшується притік крові до м'язів, що призводить до дефіциту кровопостачання печінки, внаслідок чого, зменшується резерв кисню та поживних речовин в гепатоцитах, виникає ацидоз. З іншого боку, больовий синдром може виникати в результаті збільшення об'єму печінки та перерозтягування її капсули внаслідок погіршення відтоку крові. Окремо виділяють проблему застосування допінгових препаратів у учасників марафону різних категорій задля підвищення результатів та фізичних показників, що є також тригерним фактором розвитку даного порушення. При вживанні заборонених стероїдів порушується відтік жовчі та її застої в клітинах печінки, що, в свою чергу, призводить до деструктивних змін у гепатоцитах внаслідок токсичної дії жовчі та гемодинамічних порушень у печінці. Також холестатичний механізм може розвиватися внаслідок запальних та дискінетичних процесів жовчовивідної системи або аномалій розвитку жовчного міхура та жовчовивідних протоків.

Висновок: Враховуючи вище вказані причини розвитку печінкового больового синдрому, були створені загальні рекомендації для запобігання його проявів: дотримання питного та харчового режиму, збалансованість раціону із домінуванням у ньому продуктів із високим вмістом білка, систематичні тренування на підвищення витривалості організму, проведення якісної розминки перед фізичним навантаженням, контроль правильності дихання під час бігу, заборона вживання стероїдних та інших синтетичних препаратів.

Ю.В. Швед

ВІДМОВА ПАЦІЄНТА ВІД СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ - ПРАВО ЧИ ЗАБАГАНКА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

А.М. Шевчук (доцент, к.психол.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кожна людина має право, як на життя, так і на гідне його завершення. В медицині ці істини втілюються в принцип «поваги до автономії пацієнта», який передбачає надання їм можливості самостійно приймати рішення щодо отримання медичної допомоги. Законодавче регулювання застосування реанімаційних заходів у різних країнах, зокрема, в Україні суттєво відрізняється.

Мета: Дослідити закордонні та вітчизняні джерела щодо застосування практики відмови від серцево-легеневої реанімації (СЛР) за рішенням пацієнтів.

Матеріали та методи: Сучасні вітчизняні та іноземні інтернет-джерела (NCBI, PubMed, Resuscitation Council UK), NHS Trust, The Washington Post), власне опитуванням в системі Google Forms.

Результати: Проведення СЛР може спричинити розвиток таких ускладнень, як перелом ребер і груднини, гематоми, розрив паренхіми легень, напружений пневмоторакс, пошкодження магістральних судин та постреанімаційні неврологічні порушення, які можуть призвести до інвалідності.

У деяких країнах, таких як США, Канада, Нідерланди, Австрія та Угорщина легалізовані «Медичний заповіт» або «Заповіт пацієнта», які засвідчують волевиявлення дієздатної особи щодо відмови від реанімаційних заходів. Законодавчо врегульована відмова від СЛР в Англії, Уельсі, Шотландії, Ізраїлі шляхом використання засвідчених документів «Не реанімувати» (Do Not Resuscitate) або «Не намагатися впроваджувати СЛР» (DNACPR). В окремих випадках відмова від СЛР може бути реалізована не тільки в письмовій формі, а й в іншій зручній для пацієнта формі, наприклад татуювання, браслети та кишенькові карти. Натомість у Греції, Італії, Литві, Португалії, Сербії, Словаччині, Туреччині, Йорданії, ОАЕ, Саудівській Аравії відсутнє подібне законодавство.

В нашій державі Конституція України та низка інших законодавчих актів надають дієздатному пацієнту право відмовитися від медичної допомоги чи від медичного втручання. Відмова ж від СЛР не передбачена жодним нормативно-правовим актом. Хоча, в Настанові 00343 «Серцево-легенева реанімація» та наказі МОЗ України № 1269 від 05.06. 2019 р. наведено алгоритми дій і процедуру відмови від СЛР. Існуючі прогалини в нашому законодавстві не дають можливість пацієнту здійснити своє право відмови від реанімаційних заходів.

Дослідженням охоплено 160 респондентів, з яких: студентів медиків закладу вищої освіти (2, 5 курс)- 51,6 %; студентів медичного коледжу (3,4 курс) - 32,1 %; учнів гімназії (9-11 клас) - 32,7 %. За результатами опитування: 75, 3 % проходили навчання та на їх думку зможуть провести СЛР, 71,3 % відомо про можливі ускладнення, а 33,8 % респондентів інформовані про існуючу за кордоном практику відмови пацієнтів від проведення реанімаційних заходів. Більшість опитуваних (81,9 %) вважає, що кожна людина повинна мати змогу використати право відмови від СЛР.

Висновки: Відсутність в Україні необхідної нормативно-правової бази створює складнощі в реалізації права пацієнта щодо відмови від СЛР і потребує, з урахуванням міжнародного досвіду, розробки й ухвалення відповідних нормативних актів та узгодження їх із судовим порядком.

М.Б. Шевня

ВПЛИВ СТРЕСУ НА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

О.О. Дубовий (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У повсякденні людина часто переживає стрес. Організм реагує фізично та психічно на подразники і в такий спосіб намагається вижити. Гострий та нетривалий стрес корисний тим, що дає змогу належним чином реагувати на небезпечні ситуації. В умовах війни людина схильна переживати хронічний стрес, який провокує підвищення виділення гормонів, зміну роботи метаболізму та скорочує довжину певних ділянок хромосом, що призводить до підвищеного ризику виникнення захворювань та ранньої смерті.

Мета: Провести аналіз впливу психічних чинників на організм, залежність розвитку злоякісних новоутворень від повсякденного чи хронічного стресу; провести аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури.

Матеріали і методи: аналіз даних фахової літератури та інтернет-ресурсів: Mdanderson, Cancer, Science-education, Cancercentersofia, Livescience впродовж 2020-2022 рр.

Результати: Будь-який стрес – пришвидшує синтез кортизолу та адреналіну. При довготривалому виділенні вони пригнічують імунну систему, що може впливати на розвиток онкопатології. Нетривалий напружений стан допомагає організму належним чином реагувати у небезпечних ситуаціях. А регулярний та постійно підвищений рівень гормонів стресу провокує запальні процеси, що в результаті призводить до проліферації клітин та розвитку злоякісних пухлин(S. Tworoger, 2022). Кожного дня в людському тілі здорові клітини втрачають ліміт Хейфліка та отримують можливість необмеженого поділу(L. Hayflick, 1961). Імунна система здатна виявляти ці клітини та знищувати їх. Злоякісні пухлини переважно метастазують лімфогенним шляхом, рідше гематогенним та імплантаційним. Адреналін активує симпатичну нервову систему, яка пришвидшує виділення лімфи. Особливо це шкідливо для тих, хто вже має діагноз онкологічного захворювання. Саме через підвищений рівень стресу може знижуватись імунна відповідь на процес утворення злоякісних клітин та пришвидшувати їх розповсюдження по кровоносним і лімфатичним судинам.

У даному дослідженні ми використали кейс пацієнтки М., 56 років. У квітні 2022 року встановлено діагноз: Інвазивна карцинома лівої молочної залози G2 T2N0M0 2 стадія, 2 клінічна група(О. Гуріна, 2022). На етапі збору анамнезу пацієнтка поскаржилась на пригнічений моральний стан, внутрішнє спустошення. Пацієнтка отримала комплексне лікування, зараз приймає гормонотерапію. Ми не можемо достовірно стверджувати, що саме стрес спричинив розвиток онкологічного захворювання у даної пацієнтки. Проте емпірично даний зв'язок прослідковується.

Висновки: Отже, консенсус полягає у тому, що сам хронічний стрес не викликає раку, але підвищує ризик його виникнення. Недовготривалий стрес – спосіб виживання організму. Тривала дія гормонів стресу пригнічує імунну систему, що призводить до погіршення виявлення злоякісних клітин. Адреналін та кортизол впливають на кількість вироблення лімфи, через яку розповсюджуються ракові клітини по всьому організму.

А.В. Шевченко, О.М. Лопушанський
**САМООЦІНКА ЗДОБУВАЧІВ ВНМУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА ЩОДО НАДАННЯ
ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

В.В. Чорна (к.мед.н., доц.)
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
М. Вінниця, Україна

Актуальність: Через війну збільшилась нагальна потреба в підготовці населення до надання домедичної допомоги. В умовах воєнного стану відбувається значне збільшення кількості поранених та травмованих, тому важливо щоб майбутні лікарі мали достатній рівень знань та навичок для допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях. До того ж це є важливою складовою професійної діяльності не лише у контексті війни, а також у житті в мирний час. Кожен із студентів може зіткнутись із надзвичайними ситуаціями, які вимагатимуть життєво важливої швидкої реакції та правильних рятівних дій.

Мета: аналіз самооцінювання студентів-медиків щодо надання домедичної допомоги.

Матеріали та методи: проведено анкетування щодо рівня знань/навичок надання домедичної допомоги 112 студентів 1-6 курсів ВНМУ ім. М. І. Пирогова із них 71,4% жіночої статі і 28,6% чоловічої.

Результати: В добровільному анкетуванні прийняли участь здобувачі за спеціальністю «Медицина» (81,3%). З них 32,1% здобувачів були присутніми при ДТП, серед них чоловіків – 47%, жінок – 53%. Під час надання домедичної допомоги респонденти відчували впевненість – 29,2, страх – 26,4% та розгубленість – 25%. За результатами анкетування 32,1% здобувачів із них 32% чоловіків, 68% жінок надавали домедичну допомогу хоча б раз в житті. Спеціальні курси щодо надання домедичної допомоги проходили 40,2% здобувачів із них 30% чоловічої статі та 70% жіночої. За результатами проведенного анкетування 92% респондентів (чоловіків – 29,5%, жінок – 70,5%) можуть визначити рівень свідомості за допомогою шкали AVPU, а 55,4% (чоловіків – 30%, жінок – 70%) володіють навичками щодо визначення наявності пульсу. Під час надання домедичної допомоги 13,7% здобувачів у своєму житті проводили СЛР із них 29% – чоловіки, 71% – жінки; зупиняли артеріальну кровотечу 8,4% із них 22% – чоловіки, 78% – жінки), проводили іммобілізацію перелому/ів кінцівок 8,6% із них 30% – чоловіки, 70% – жінки, штучну вентиляцію легень проводили 8,6% респондентів із них 30% – чоловіки, 70% – жінки. На питання «В першу чергу, на що потрібно звернути увагу при наданні невідкладної медичної допомоги?» – 92,9% здобувачів відповіли, що потрібно звернути увагу на безпеку місця події та свою безпеку. Навичками проведення СЛР згідно алгоритму володіють 82,1% (28% – чоловіки, 72% – жінки) здобувачі. При наданні домедичної допомоги 60,7% здобувачів вважають, що мають достатній рівень знань та навичок. За запропонованою шкалою від 0 до 10 балів, 58,1% здобувачів оцінили рівень своїх знань на 6-8 балів. Отримати нові або додаткові знання та навички по наданню домедичної допомоги хотіли б 96,4% здобувачів.

Висновок: таким чином, за результатами досліджень здобувачі жіночої статі більш впевнено надавали домедичну допомогу: проводили СЛР, зупиняли артеріальну кровотечу, проводили іммобілізацію перелому/ів кінцівок, штучну вентиляцію легень – 71%/78%/ 70%/70% відповідно. Мотивація майбутніх лікарів щодо отримання нових знань висока для цього вони запропонували більшу доступність до симуляційних класів для отримання практичних навичок.

А.Р. Шевчук, Г.О. Даниловська
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ В ЗС УКРАЇНИ ТА США
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
В.М. Сивак (ст. викладач)

Актуальність: Повітряні перевезення важкохворих пацієнтів стали невід'ємною складовою медичної практики в усьому світі. Евакуація поранених з використанням вертольотів або літака повністю змінила підхід до швидкого перевезення постраждалих з місць, де немає можливості надати належну допомогу, до медичних закладів, де вони можуть отримати якісне лікування. Оскільки до 87 % смертей у бою відбуваються до того, як поранений дістанеться до лікарняного закладу (Г. Рошін, 2020).

Мета: проведення аналізу даних про аеромедичну евакуацію в США та ЗС України.

Матеріали та методи: Огляд та аналіз даних профільних публікацій вітчизняних та закордонних авторів у наукових базах (PubMed) за 2017-2022 рр.

Результати: Аеромедична евакуація - важливий елемент медичної підтримки важко поранених військовослужбовців в умовах війни.

Аеромедична евакуація в США та Україні:

1. Рівнем розвитку і професійним досвідом. Військово-повітряні сили (ВПС) США мають найбільший досвід в галузі аеромедичної евакуації хворих у світі.

2. Оснащенням транспорту. У ВПС США та українських медичних службах використовуються різні типи транспорту для аеромедичної евакуації, але оснащення транспорту США є більш сучасним та технологічно вдосконалим. Повітряні судна, що використовує США, в основному - це С-17, С-130, КС-135 та С-21. В Україні здебільшого використовуються гвинтокрили Н225, Н145, Н125, Мі-8/9, Мі-2, літаки Ан-74, Ан-72, Ан-32П, Ан-30, Ан-26 (Ан-26 "Vita" є санітарним літаком, Ан-26 "Рятунчик" - санітарно-евакуаційним літаком МВС, а Ан-26 ДСНС - реанімаційно-евакуаційним).

3. Кількістю медичного персоналу та його рівнем підготовки. У ВПС США медичний персонал, що бере участь у аеромедичній евакуації, має високий рівень підготовки та досвіду, що дозволяє ефективно та швидко надавати медичну допомогу пацієнтам. Українські медичні служби теж намагаються забезпечити високий рівень підготовки медичного персоналу, аби перейняти досвід у закордонних колег та досягнути такого рівня як у ВПС США.

4. Фінансовими можливостями. Система охорони здоров'я США має більш великий бюджет, що дозволяє забезпечити більш сучасні та технологічні засоби для аеромедичної евакуації. Україна, на жаль, має обмежений бюджет на охорону здоров'я, тому інвестиції в аеромедичну евакуацію можуть бути меншими.

5. Рівнем доступності. У США аеромедична евакуація доступна не тільки для військових, але й для цивільних осіб, що перебувають у критичному стані та потребують негайної госпіталізації в стаціонарні медичні заклади. Українська система аеромедичної евакуації, ще не має такої розвиненості та доступності.

6. Правовими нормами. У США аеромедична евакуація регулюється федеральними законами та нормами, що забезпечує її високу якість та безпеку.

Висновки: Отже, аеромедична евакуація в даних країнах відрізняється за багатьма параметрами, проте важливо зазначити, що Україна працює над удосконаленням своєї системи та прагне забезпечити якісну та швидку медичну допомогу пацієнтам у складних ситуаціях, щоб досягти рівня країн НАТО.

О.О. Шевчук

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я У ПЕРІОД КРИЗИ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т. В. Тисевич (асистент, магістр медицини)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасному житті кожен українець стикається з рядом складних викликів: реальною загрозою життю, невизначеністю у майбутньому, переживанням за близьких, відмовою від звичного життя, через скруту, перебої з електропостачанням та обмеженням у пересуванні. Та ще зовсім свіжі переживання щодо пандемії COVID-19. Все це сприяє, емоційному перенавантаженню, напруженню адаптаційних можливостей організму та може призвести до порушень ментального здоров'я.

Мета: дослідження полягає у визначенні поняття ментального здоров'я, ознак його дестабілізації та шляхи покращення.

Матеріали та методи: Аналіз наукових інтернет-джерел (Scopus, PubMed, MedScare, GoogleScholar) щодо ментального здоров'я в період кризи.

Результати дослідження: Згідно визначенню ВООЗ, ментальне здоров'я (психічне здоров'я) - це стан повного щастя та благополуччя, в якому людина реалізує свої творчі здібності, а також може протистояти життєвим труднощам, ефективно працювати, роблячи вагомий внесок для суспільства. Ментально здорова людина в першу чергу відчуває та розуміє себе, вона здатна керувати своїми емоціями, прагне саморозвитку, самовдосконалення та самореалізації. Така людина вільно комунікує з іншими, на можливі проблеми реагує адекватно та швидко знаходить шляхи їх вирішення. Ознаками порушення ментального здоров'я є: порушення сну (безсоння або ж навпаки тривалий сон протягом доби), відчуття байдужості до всього, навіть до тих речей, які раніше приносили задоволення, уникнення спілкування з рідними та друзями, можливі прояви агресії, забудькуватість, порушення харчування (булімія, анорексія), більові

відчуття в різних частинах тіла, тощо. Щоб позбавитися від відчаю, така людина, може намагатися знайти миттєві задоволення: споживання алкоголю у надмірних кількостях, паління, вживання наркотичних засобів. Всі ці симптоми є тривожним дзвіночком, оскільки, при їх ігноруванні можуть розвиватися психічні та психосоматичні розлади. На сьогодні існує понад 200 класифікованих видів психічних захворювань. Основними з них є: тривожні і поведінкові розлади, гіперактивний розлад з дефіцитом уваги, депресія, порушення харчової поведінки, посттравматичний стресовий розлад, залежність від галюциногенних речовин.

Щоб пройти всі труднощі життя потрібно розвивати у собі навичку стресостійкості. Більшою мірою успіхом у подолання негараздів буде робота над власними думками, фокусуєтесь на тому, що людина можете проконтролювати та змінити. Активний спосіб життя, дозовані та регулярні фізичні навантаження, раціональне харчування, гігієна побуту, нові зустрічі та нові хоббі сприятимуть позитивному сприйняттю оточення. Також, незважаючи ні на що, варто ставити перед собою цілі і невеликими кроками досягати їх. Але при тривалій відсутності змін на краще слід звернутися до фахівця.

Висновок: Від ментального здоров'я залежить якість нашого життя. Кризи завжди були і будуть. Однак не варто сприймати їх як якісь неподолані проблеми, а налаштуватися на позитивну перспективу.

Ж.-М. Руденко, К.Р. Шеремета

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.Ю. Ангельська (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В умовах довготривалої війни гостро постає необхідність жити і діяти в кризових та критичних ситуаціях. Цілком здорові фізично люди бувають не готові психологічно до виконання певних завдань або часто зазнають психічних травм, тому

потребують психологічного захисту. Дослідження механізмів психологічного захисту у студентів-медиків дозволяє провести роботу з попередження психічних травм і покращити процеси адаптації, зробити висновки щодо конструктивних механізмів такого захисту.

Мета: Визначити рівень актуального психічного стану студентів-медиків, схильність до стресу, провести вимірювання психологічного стресу, а також дослідити значення механізмів психологічного захисту.

Матеріали та методи: В емпіричному дослідженні прийняло участь 150 студентів ВНМУ різних курсів. Під час проведення дослідження був проведений літературний огляд, ознайомлення з інтернет-джерелами та аналіз наукових баз. Для отримання даних була створена анонімна електронна анкета Google-форма, що містила у собі перелік питань методик: Актуальний стан, Визначення схильності до розвитку стресу Т.А. Немчинова і Тейлору, Шкала психологічного стресу PSM-25. Також були запитання для дослідження конструктивних механізмів психологічного захисту.

Результати: Вивчаючи поняття психологічного захисту, науковці сходяться на думці, що психологічний захист - це реакція на витіснення інформації, яка загрожує благополуччю людини. Існуючі класифікації механізмів психологічного захисту поділяють їх за компенсаторними функціями: травматичні переживання замінюються більш приємними; неприємні переживання переносяться зі свідомості в підсвідомість; система психологічного захисту є більш чутливою до зовнішньої критики, аніж до логіки. Загальновідомо, що під час кризи люди змінюються кардинально та дуже швидко. Межі, що визначають початок та кінець будь якої кризи, досить розмиті. Найбільш стрімке погіршення спостерігається в середній фазі кризи. Цей період супроводжується інтенсивним напруженням у внутрішньому житті людини. Наше дослідження механізмів психологічного захисту студентів-медиків в умовах війни виявило розвиток емоційного стресу у 30% опитуваних, у 40% психогенний занепад сил та хронічна втома. Лише 30% опитуваних уміють конструктивно застосовувати механізми психологічного захисту і швидко адаптуються до складних умов. Студенти-медики використовують такі механізми психологічного захисту: витіснення-20%, заперечення-20%, інтроєкція-15%, раціоналізація-45%.

Висновки: Психологічний захист, як правило, є несвідомим усуненням або пом'якшення психікою людини негативних, травматичних або неприйнятних емоційних переживань. У ході проведеного дослідження ми з'ясували, що 30% студентів застосовують конструктивний механізм захисту- не вирішують проблему, або принаймні не ускладнюють її. Домінуючий вид психологічного захисту – раціоналізація, що проявляється у ствердженні правильних вчинків, які не підлягають критиці.

К.Р. Шеремета

МЕДИЧНА, ФІЗИЧНА І ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ , ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ, ІНФАРКТ АБО МАЮТЬ СЕРЦЕВІ ХВОРОБИ

Кафедра фізичного лікування та ЛФК

Ю.В. Кириченко (доцент, доктор філософії)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворювання мозкового кровообігу та серцево-судинної системи в структурі загальної захворюваності населення становлять близько 40 %. Летальний результат лише в гострому періоді 35%. Ця одна із найбільших груп хворих потребує найбільшої уваги, тому що має тенденцію до стрімкого зростання і налічуватиме, за прогнозами, близько 25 мільйонів,

ще можуть захворіти у період до 2030 року. В Україні кількість хворих цієї групи значно зросла. Кожний пацієнт потребує як медичної, так і психологічної реабілітації. Від 33% до 80% хворих мають психічні зміни. Нормалізація психологічного статусу хворого допомагає виконанню необхідних медичних програм лікування та контролю функціонального стану організму хворого в процесі реабілітації.

Мета: Опрацювати наукову літературу з даної теми, з'ясувати найбільш дієві методи реабілітації хворих, провести опитування людей, які пройшли лікування для з'ясування ефективності реабілітаційних заходів в умовах сьогодення.

Матеріали та методи: Під час проведення дослідження було проведено вивчення медичної літератури та літератури з інтернет-джерел щодо реабілітації даної групи хворих. Використано для опитувальник «Актуальний стан», «Індекс активності у повсякденному житті» для з'ясування стану фізичного і психологічного здоров'я 20 опитуваних різного віку, які перенесли хворобу у минулому.

Результати: Серед 20 опитуваних різного віку стан фізичного і психічного здоров'я відмінний у 5 людей віком від 20 до 30 років, які перенесли інсульт. Вони пройшли повноцінний курс реабілітації. З'ясовано, що стан 8 людей віком 30-50 років, які мають серцеві хвороби, 2 людей з них мали інфаркт, задовільний, але потребує постійної уваги і реабілітаційних заходів. Стан 7 людей, віком від 70 до 85 років, які перенесли інсульт, лише умовно можна назвати задовільним. П'ятеро з них не пройшли лікування за повною програмою реабілітації і потребують роботи психолога у зв'язку з ознаками депресивно-тривожного стану. Двоє людей цієї вікової групи частково обмежені у рухах і потребують сторонньої допомоги. Дослідження проводились на території однієї територіальної громади.

Висновки: У ході проведеної роботи з'ясовано, що лікувально-реабілітаційні заходи для одержання позитивних результатів мають проводитись з перших днів перебування пацієнта у лікувальному закладі. Важливе значення мають медична, фізична і психологічна реабілітація хворих, проходження повного курсу лікування і в подальшому житті дотримання всіх рекомендацій лікарів і контроль життєво-важливих показників.

Ж-М.Г.Руденко, М.Ю.Шкарупа

АНАЛІЗ ПОРУШЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА В ХОДІ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Є.М. Івашкевич (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У зв'язку з подіями, які відбуваються сьогодні, а саме повномасштабне вторгнення РФ на територію України, було зафіксовано низку порушень Міжнародного гуманітарного права (МГП) зі сторони країни-агресора та злочини, які відбулися в цей період. У ході російсько-української війни відбуваються численні порушення МГП, такі як напади на цивільних, знищення мирних населених пунктів, використання заборонених засобів війни, порушення прав людини та інші.

Мета: Визначити та проаналізувати усі дії та події, які завдала країна-агресор по відношенню до України, а саме порушення МГП та низки інших злочинів, зокрема тих, які були здійснені в період повномасштабного вторгнення.

Матеріали та методи: офіційні інтернет-джерела та засоби масової інформації, а саме офіційні документи/статистика Офісу Генерального прокурора України, наказ Міноборони України (від 23.03.2017р.).

Результати: На підставі опрацьованих нами матеріалів, щодо дій, які відбувалися на території України, окрім місць активних бойових дій, а також проведених нами досліджень, стосовно порушень рф у ході збройного конфлікту, нами відмічено наступні злочини:

1. Злочини агресії та воєнні злочини скоєні проти України у кількості 71 649 з яких: порушення законів та звичаїв війни – 69481 (ст. 438 Кримінального Кодексу України (ККУ)); планування, підготовка або розв’язання та ведення агресивної війни – 67 (ст.437 ККУ); пропаганда війни – 45 (ст. 436 ККУ); інші – 2056.

2. Злочини проти національної безпеки у кількості – 6847, з яких: посягання на територіальну цілісність і недоторканність України – 8866 (ст. 110 ККУ).

3. Крім того, за офіційними даними ювенальних прокурорів в результаті агресії рф постраждали 1388 дітей, з них: загинули – 461 дитини; дістали поранення різного ступеня важкості – 927 дитини. Ці дані демонструють необхідність дотримання МГП як в Україні, так, і у всьому світі та його ефективності для забезпечення захисту цивільного населення під час воєнних дій.

Висновок: Отже, рф під час повномасштабної війни постійно порушувала МГП на території України. Країна-агресор порушила низку пунктів МГП, нехтуючи правовими та організаційними засадами функціонування системи застосування норм МГП в світі, збройні сили рф недотримуються вимог норм гуманітарного права під час збройного конфлікту та на сьогоднішній день порушила майже всі її норми.

Дослідження порушень міжнародного гуманітарного права в ході Російсько-української війни підкреслює необхідність розгляду і аналізу подібних конфліктів для вдосконалення правових механізмів захисту цивільного населення в майбутньому.

***АКУШЕРСЬКО-
ГІНЕКОЛОГІЧНИЙ
НАПРЯМ***



***OBSTETRIC AND
GYNECOLOGY***

Ankita Dash, Subhrasai Jena

AWARENESS AND USING OF MODERN METHODS OF CONTRACEPTION AMONG STUDENTS OF 5TH COURSE OF VINNYTSYA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Department of Obstetrics and Gynecology №1

Olena Tarasiuk (Ph D, docent)

National Pirogova Memorial Medical University, Vinnytsia
Ukraine

Actuality: Contraception is a topical issue among young students, both to prevent unwanted pregnancy in sexually active female students and to protect against sexually transmitted diseases.

Aim of the study: To explore awareness and the using of modern methods of contraception among students of 5th course of Vinnytsia National Medical University.

Materials and methods: For our study, we created a questionnaire that contained 12 questions about the use of contraceptive methods among students of 5th year of our educational institution. The survey was anonymous. 40 male and female students took part in the survey.

Results: Most of students are indulge in various sexual activities. These students answered according to their knowledge, sense of awareness and use of contraceptives. The level of awareness among the students' regarding contraception was not that great. According to the result of questionnaire 85% are not using contraception. But 42.5 % have already used contraceptive methods. And 72.5 % plan to use the contraception. Most of them do not know the proper methods of contraception. In the question asked, from where they received there first information about contraceptive methods, the results depict that 50% got it by media; 20% knew it after conversation with friends, relatives; and 30% knew it while studying at our university. 100% were willing to know about contraceptive more in detail. Only 76.4% knew that using contraceptives improperly would result in pregnancy and sexual health issues. Most used contraceptive method according to the result is barrier or spermicides; and hormonal (27.5%) each, followed by natural method (25%) and IUD (12.5%). 82.5% wants new development in field of contraception. Many are unknown about other methods of contraception except of condoms, it is main contraceptive types reported out of the many modern and traditional methods of contraceptives. Many students are even unaware that contraceptives have effectiveness against STIs, health and psychological traumas.

There is a significance connection between the awareness and use of contraceptives, students are ignorant about the importance of contraception. This is one of the reasons that many are involving in unhealthy sexual practices that is causing serious health problems and even pregnancy in young age.

Conclusion: Detailed knowledge about contraceptives among fifth course students is low and it's causing issues with their sexual and mental health. This results in many unplanned pregnancies and it constitutes a growing health and social problem. It is important to develop new resources in field of contraception and teach each one of us about the actuality and need of contraceptives.

А.В. Гандзюк, А.С. Старшикова

ВПЛИВ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства і гінекології № 2

І.В. Пролигіна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання матері ускладнюють до 7% вагітностей в Україні. Стан вагітності спричиняє фізіологічні зміни системної гемодинаміки, проте у жінок із серцевою патологією він часто стає тригером несприятливого перебігу фонових захворювань. Сукупно це значною мірою впливає на підвищення частоти виникнення загрозливих ситуацій у матері та плода, погіршуючи показники материнської та малюкової смертності у країні.

Мета: Порівняти частоту виникнення ускладнення під час перебігу усього періоду вагітності та їх наслідки у жінок з різними типами серцево-судинних захворювань.

Матеріали та методи: Огляд ретроспективних когортних досліджень пацієнтів із структурними або функціональними серцево-судинними захворюваннями, за участю спеціалістів: акушерів-гінекологів, неонатологів та кардіологів в період з березня 2010 року по листопад 2022 року.

Жінки були класифіковані як такі, що мають вроджені захворювання, хвороби серця, набуті вади серця, аритмії аортопатії. Жінки, які ніколи не вагітніли були виключені з дослідження.. Результати аналізували відповідно до категорії захворювання.

Результати: Загалом 232 жінки з 253 вагітностями відповідали критеріям включення для аналізу результатів вагітності. З них 77 (30,4%) мали вроджені вади серця, 63 (24,9%) – набуті вади серця, 94 (37,2%) – аритмії або каналопатії, 19 (7,5%) – аортопатії. Ожиріння та гіпертонія були більш поширеними серед жінок із набутими захворюваннями серця, а жінки з вродженими захворюваннями серця та аритміями мали вищі показники захворювання серця під час вагітності. Прееклампсія частіше зустрічалася у жінок із набутими вадами серця (27% серед жінок із набутими вадами серця проти 10,4% серед жінок із вродженими вадами серця, 13,8% серед жінок із аритміями чи каналопатіями та 0% серед жінок із аортопатіями; $P=0,009$). Показники передчасних пологів були найвищими серед жінок із набутими вадами серця (15,9%). Виражені післяпологові аритмії мали місце у 2,4% жінок.

Висновок: Таким чином, у більшості жінок із наявними серцево-судинними захворюваннями спостерігалися хороші результати вагітності та новонародження. Жінки з набутими захворюваннями серця мали найвищий ризик ускладнень вагітності порівняно із вродженими вадами серця, що призводило до таких наслідків як прееклампсія та передчасні пологи.

В.М.Денісова

ДИНАМІКА ЯКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ РОБОТИ АКУШЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ М. ВІННИЦІ ЗА ОСТАННІ 70 РОКІВ.

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.О. Мазченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Порівняльна оцінка динаміки статистичних показників роботи пологових будинків м. Вінниця дозволяє охарактеризувати якість надання медичних послуг вагітним та породіллям, оцінити зміни перинатальної захворюваності та смертності під впливом розвитку та досягнень сучасного акушерства.

Мета: порівняти якісні показники діяльності пологових будинків м. Вінниця за останні 70 років.

Матеріали та методи: архівні дані протоколів Вінницької міської ради за 1951-1952 рр., статистичний звіт Департаменту охорони здоров'я м. Вінниці за 2022 рік.

Результати: За рахунок збільшення чисельності населення м. Вінниці та впровадженого в медицину принципу екстериторіальності та централізації порівняно з 1952 роком, кількість пологів збільшилась в 5,6 разів. Серед жінок, які народжували у м. Вінниці в 2022 році 33% становили внутрішньопереміщені особи з тимчасово окупованих територій України. Охоплення диспансеризацією вагітних жінок зросло в 3 рази, охоплення профоглядами організованого та неорганізованого населення зросло в 6 разів. Зменшився в 43 рази відсоток домашніх пологів, відсоток кримінальних абортів в 1952 році становив 36%, в 2022 році – 0, а також кількість передчасних пологів в 2 рази, відсоток накладення акушерських щипців в 1952 році становив 7%, зараз ця операція не використовується, а проводиться вакуум-екстракція

плода (0,3%). Операція кесарського розтину в 1952 застосовувалась в 6 % випадків, а в 2022-24,23%. Збільшення цього відсотку пояснюється ще тим, що 1,3% вагітностей настає внаслідок екстракорпорального запліднення. Збільшився відсоток раннього взяття на облік з приводу вагітності в 50 разів, розвинулась рання діагностика генетичної патології та вроджених вад розвитку плода (ВВРП), що зменшило кількість новонароджених з ВВРП, перинатальну захворюваність та смертність. В 1,3 разів зменшився пологовий травматизм матері, в 2 рази- плода. За рахунок покращення якості надання допомоги та виходжування недоношених дітей з малою масою тіла зменшилась перинатальна смертність в 3,5 рази. За рахунок сучасних методів контрацепції зменшилась кількість абортів в 4 рази, зараз вона становить 4,3%. Середня тривалість перебування в стаціонарі зменшилась в 2,5 рази.

Висновок: Проведений аналіз якісних показників роботи акушерської служби вказує на покращення в динаміці за останні 70 років якості надання медичних послуг вагітним та породіллям, зниження перинатальної захворюваності та смертності, пологового травматизму, успішну боротьбу з кримінальними абортами, зменшення кількості абортів, завдяки успішному застосуванню засобів контрацепції.

А.М. Квірікашвілі

ОБІЗНАНІСТЬ ВАГІТНИХ У ПИТАННЯХ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ЯК СКЛАДОВОЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Кафедра акушерства і гінекології №2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Правильно збалансований харчовий раціон вагітної позитивно впливає на показники обмінних процесів, перебіг вагітності та пологів, ріст і розвиток плода. Встановлено прямий взаємозв'язок порушень харчування і частоти таких ускладнень як залізодефіцитна та фолієводефіцитна анемії, невиношування вагітності тощо.

Мета: Встановити загальну картину характеру харчування вагітних і ведення здорового способу життя.

Матеріали та методи: Проведено анкетування 55 вагітних жінок віком від 18 до 35 років з метою вивчення якості життя, характеру харчування, відповідального ставлення до здоров'я, адаптації до певних стресових чинників. Використано методи статистичного аналізу.

Результати: Поглиблене вивчення результатів харчування вагітних як фактору ризику акушерських ускладнень показало, що до настання вагітності 50,9% (28/55) жінок не дотримувались жодної дієти. 76,4% (42/55) анкетованих вважають, що з вагітністю їх харчування змінилося: добовий раціон збільшився та став різноманітнішим, додалась кількість продуктів, збагачених макро- та мікронутрієнтами, вітамінами та мінералами. 29,1% (17/55) жінок оцінили своє харчування калорійно-правильним, збалансованим. Ретельно дотримуються дієти вагітних 14,5% (8/55); намагаються дотримуватись раціонального харчування – 74,5% (41/55); за певних обставин не слідуєть дієті – 9,1% (5/55) жінок. 5-6-разового режиму харчування дотримуються 34,5% (19/55) вагітних, про своє 4-разове харчування зазначили 38,2% (21/55), про 3-разове – 27,3% (15/55). Отже, тільки третина вагітних дотримувалась вимоги 5-6-разового харчування. Визначення результатів аналізу споживання окремих харчових продуктів показало, що щоденне вживання м'ясних та рибних страв присутнє лише в 36,4% (20/55) жінок, молочних – у 61,8% (34/55). Перевагу свіжим овочам і фруктам надавали 21,8% (12/55) анкетованих.

Про свою шкідливу звичку – куріння – до початку вагітності вказали 7,3% (4/55) жінок. Відчувають часті психоемоційні напруження 25,5% (14/55) вагітних. Вважають свою нервову систему неврівноваженою та відзначали порушення сну 5,5% (3/55) жінок.

Після отримання рекомендацій акушера-гінеколога стосовно раціонального та регулярного харчування виконують їх 61,8% (34/55) вагітних; приблизно стільки ж опитуваних – 63,6% (35/55) вважають необхідним поглибити знання про своє загальне здоров'я.

Висновки: Результати анкетування вагітних свідчать про існування певної недооцінки важливості повноцінного та збалансованого харчування для сприятливого перебігу і завершення вагітності, а в подальшому – для розвитку здорової дитини, що є підставою для додаткової цілеспрямованої роботи з вагітними в умовах жіночої консультації. Санітарно-просвітницька робота, як одна з основних форм виховання здорового способу життя, повинна проводитись під час всієї вагітності, а для її практичної реалізації необхідно проводити індивідуальні бесіди, лекції, використовувати засоби наочної агітації.

Ю.В. Копча

ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Кафедра акушерства та гінекології

О.О. Корчинська (д.мед.н., проф.)

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м.Ужгород, Україна

Актуальність: у період вагітності психічне благополуччя виражається у здатності майбутньої матері адекватно проявляти свою поведінку, регулювати психічний стан, адаптуючись до умов кризової ситуації. Кількість досліджень щодо вивчення психоемоційного стану вагітних в останні роки збільшується, але ми не знайшли в доступній літературі досліджень, присвячених особливостям вагітності і пологів у внутрішньо переміщених осіб в умовах російсько – української війни.

Мета: оцінити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок внутрішньо переміщених осіб в умовах російсько-української війни.

Матеріали та методи: дослідження проводились на базі Ужгородського міського пологового будинку. Було проаналізовано 20 обмінних карт та історій пологів жінок віком від 18 до 47 років, які були переміщені з різних областей України, а саме з таких міст: Краматорськ, Луганськ, Київ, Кам'янець-Подільський, Донецьк, Харків, Житомир, Запоріжжя; та сільських місцевостей: Новоолександрівка (Луганська область), Циркуни (Харківська область).

Результати: проаналізовано анамнез 20 жінок, з яких 11(55%) мали різні хронічні захворювання: цукровий діабет – у 1(5%) жінки, захворювання нирок – у 2(10%) жінок, варикозна хвороба – у 1(5%) жінки, захворювання печінки – у 2(10%) жінок, захворювання щитоподібної залози – у 1(5%) жінки. Оперативне втручання, а саме: видалення фіброденоми грудної залози та видалення конкременту з сечового міхура в анамнезі – у 2(10%) жінок. Першородячих жінок – 7(35%), повторнородячих – 13(65%). Обтяжений акушерський анамнез мав місце – у 7(35%) жінок, з них - у 5(25%) мимовільні викидні, у – 2(10%) штучні аборти. Фізіологічні пологи - у 14(70%) жінок; патологічні в тому числі і кесарів розтин – у 6 (30%) жінок. Покази до кесаревого розтину були такі: тазове передлежання плода, рубець на матці, вагінальні пологи після кесаревого розтину, обтяжений акушерський анамнез, розрив симфізу, оперативне втручання на сітківці ока. При фізіологічних пологах спостерігались такі ускладнення, як розрив промежини I ступеня - у 3(15%) жінок та епізіотомія – у 3(15%) жінок. Новонароджених доношених немовлят становить – 19(95%), з них без асфіксії 19(95%), з асфіксією легкого ступеня – 1(5%), у матері якої був цукровий діабет I типу. Перебіг післяродового періоду був без ускладнень у всіх жінок.

Висновки: отримані дані говорять про те, що у жінок внутрішньо переміщених осіб перебіг вагітності був в 95% без ускладнень та без порушення розвитку плода, незважаючи на стресову

ситуацію, яка виникла з початком повномасштабного вторгнення в Україну та змінами місця проживання. Розглядаючи взаємозв'язок між індивідуально-психологічними властивостями та характером перебігу вагітності, слід зазначити той факт, що певні риси характеру жінки значною мірою обумовлюють процес її успішної адаптації до стресових ситуацій, дозволяючи уникнути тривожних станів. Безпосередньо, позитивну роль відіграв високий рівень професійності медичного персоналу.

Т.В. Кротюк

РОЛЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ АНГІОГЕННИХ ФАКТОРІВ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Кафедра акушерства і гінекології № 2

І. В. Пролигіна (доц., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Плацентарна дисфункція лежить в основі спектру перинатальних патологій, включаючи прееклампсію та затримку розвитку плода. Фактори, пов'язані з ангіогенезом, включаючи sFlt-1 (розчинна fms-подібна тирозинкіназа 1) і PlGF (фактор росту плаценти), відіграють важливу роль у дисфункції плаценти, зміну їх рівня можна виявити за кілька тижнів до початку ускладнень вагітності. Діагностичні тести *in vitro* для цих біомаркерів можуть покращити ранню діагностику та полегшити прогнозування наслідків для матері та плода.

Мета: Оцінити клінічне значення ангіогенних біомаркерів для діагностики і прогнозування наслідків для матері/плоду у вагітних жінок з плацентарною дисфункцією.

Матеріали та методи: Пошук і аналіз закордонних літературних джерел за період 2010-2022 років за допомогою електронних баз даних PubMed, Embase, Web of Science, CNKI і Wanfang.

Результати: Було проаналізовано дослідження, яке оцінювало співвідношення sFlt-1/PlGF для прогнозування відсутності або наявності прееклампсії у 1050 жінок із підозрою на прееклампсію (24+0 до 36+6 тижнів вагітність). У цьому проспективному багатоцентровому дослідженні було отримано та підтверджено співвідношення sFlt-1/PlGF ≤ 38 для виключення прееклампсії протягом 1 тижня — у групі валідації порогове значення ≤ 38 забезпечило негативне прогностичне значення (NPV) 99,3%. Співвідношення sFlt-1/PlGF ≤ 38 на 36 тижні вагітності також було клінічно корисним для виключення тяжкої прееклампсії серед пацієнтів із низьким ризиком у невідібраній когорті жінок, які не народжували (NPV, 99,2%). Поєднання підвищеного співвідношення sFlt-1/PlGF і УЗД може діагностувати ЗВУР. Gaccioli та інші повідомили про зв'язок між комбінацією підвищеного співвідношення sFlt-1/PlGF (>85-го перцентиля) та ультразвукової підозри на МГВ на терміні вагітності 28 і 36 тижнів (<10-го перцентиля на 28-му тижні; межа sFlt-1/PlGF 38 на 36-му тижні) у проспективній когорті з 4512 жінок, які не народжували. Діагностична ефективність цього підходу для передчасних пологів немовляти з МГВ характеризувалася 38,5% чутливістю, 99,1% специфічністю, 21,3% PPV і 99,6% NPV.

Висновки: Ангіогенні фактори (sFlt-1/PlGF; PlGF) з клінічними характеристиками або без них можуть сприяти прогнозуванню раннього та пізнього початку прееклампсії у другому/третьому триместрі. Поєднання збільшення співвідношення sFlt-1/PlGF і ультразвукового дослідження може виключити ранню затримку внутрішньоутробного розвитку плода. Таким чином, змінені ангіогенні біомаркери вказують на плацентарну дисфункцію, і їх впровадження в клінічну практику допоможе зменшити значний тягар захворюваності та смертності, пов'язаних із несприятливими наслідками вагітності внаслідок ангіогенно-плацентарного синдрому.

О.Д. Лунько, О.В. Повх
ВПЛИВ ЕПІЛЕПСІЇ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства і гінекології №2

С.А. Тарасюк (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця

Актуальність: Близько третини жінок, що хворіють епілепсією знаходяться в дітородному віці. Рівень народжуваності у жінок з епілепсією приблизно на 20–40% нижчий, ніж у загальної популяції. Нижча фертильність у жінок з епілепсією може бути пов'язана із самою хворобою, але в основному - це результат проведеного лікування. Судомні розлади є найчастішим серйозним неврологічним ускладненням під час вагітності, що вражає від 0,3% до 0,8% усіх вагітностей.

Мета: Узагальнити сучасні дані щодо перебігу вагітності у жінок, хворих на епілепсію.

Матеріали та методи: Опрацювання наукової літератури та окремих медичних статей у галузі неврології, акушерства та гінекології.

Результати: Природний перебіг епілепсії змінюється під час вагітності через гормональні зміни (естрогени підвищують ризик судом, а прогестерон знижує), зниження ефективності протиепілептичних препаратів (через меншу абсорбцію при нудоті та блюванні та через збільшення в обсязі тіла) та позбавлення сну, що збільшує ризик судом. Судоми небезпечні для жінок з епілепсією не тільки через ризик пов'язаних із судомами падінь і тупих травм, але й через потенційну шкоду для плода через можливість гіпоксемії та асфіксії.

У порівнянні із загальною популяцією вагітні жінки з епілепсією мають більш високий ризик кровотечі, відшарування плаценти, затримки внутрішньоутробного розвитку, прееклампсії, передчасних пологів та загибелі плода та/або матері. Цей ризик пов'язаний з епілепсією та виникненням нападів.

Незважаючи на це, у більшості жінок з контрольованою епілепсією не спостерігається почастищення нападів під час вагітності і більш ніж у 90% випадків вагітність протікає нормально.

Висновки: Епілепсія є особливою проблемою для жінок під час вагітності. Для таких жінок є необхідним збалансування відсутності судомних нападів з мінімізацією побічних ефектів протиепілептичних препаратів та інших нефармакологічних методів лікування під час контролю за фертильністю, зачаттям, вагітністю та післяпологовим періодом. Лікування епілепсії у пацієнток дітородного віку вимагає ретельного контролю та планування, сумісно з неврологом та гінекологом.

О.П. Некрашук

РОЛЬ ГЕНУ BRCA В РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра акушерства та гінекології №1

А. П. Дністрянська (к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: рак молочної залози вважається найпоширенішою формою пухлинних захворювань, які зустрічаються у жінок. Також відомо, що пацієнтки мають генетичну схильність до розвитку даного патологічного процесу, тому важливим є визначення ролі різноманітних мутацій. Визначну роль у підтримці фізіологічної будови білка грає ген BRCA. Відомо, що при наявності поліморфізмів у даному гені найчастіше розвивається рак молочної залози.

Мета: визначити взаємозв'язок між мутаціями в гені BRCA і розвитком раку молочної залози.

Матеріали та методи: для обробки новітньої інформації були використані три бази даних (PubMed, Web of Science, Google Scholar) за останні 10 років, користуючись рекомендаціями PRISMA

Результати: ген BRCA грає важливу роль у підтриманні сталості генетичного коду за рахунок механізмів репарації та стабілізації дволанцюгової нитки ДНК. При мутаціях у даному гені спостерігається надмірна чутливість до агентів, які можуть викликати пошкодження ДНК та викликати розвиток пухлинного процесу. Також BRCA кодує фосфоліпіди, які у свою чергу діють як пухлинні супресори. Мутації у гені успадковуються за аутосомно-домінантним типом. Відомо, що носії мутантного гену у 57-60% мають ризик розвитку раку молочної залози.

Висновки: ген BRCA грає велику роль у фізіологічних процесах, які підтримують сталість структури білка, зокрема за рахунок репарації ДНК. Зокрема у носіїв мутантного гену спостерігається підвищений ризик розвитку раку молочної залози.

Н.П. Півнюк

ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ

Кафедра акушерства і гінекології № 1

Н.А. Годлевська (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. На жаль, в Україні рак шийки матки (РШМ) займає 3-тє місце за смертністю серед випадків злоякісних новоутворень у жінок; у Європі в цілому – лише 7-ме. Основна причина виникнення раку шийки матки – вірус папіломи людини (ВПЛ). Його знаходять у понад 95% пацієнток із РШМ (World Health Organization). Вакцинація від ВПЛ значно зменшує ризики розвитку РШМ, але в Україні вакцинація є лише рекомендованою МОЗ та не є державною програмою. Більша кількість жінок України не мають можливості вакцинуватись у зв'язку з необізнаністю та фінансовими складнощами, тим більше в умовах війни. Рак на початкових стадіях перебігає безсимптомно і виявити його можна лише при скринінгу на ранніх етапах, що дає можливість здійснення своєчасного лікування передракових станів. Однак більшість жінок звертаються за допомогою лише при появі клінічних симптомів, що свідчить уже про більш глибоке враження шийки матки і ускладнює лікування.

Мета. Дослідити, проаналізувати та вивчити методи первинної та вторинної профілактики РШМ в Україні.

Матеріали. Використання сучасної іноземної літератури та наукових досліджень з наведеної теми, фахові медичні тексти (наукові статті та роботи).

Результати. До факторів ризику РШМ належить більшою мірою тривале інфікування ВПЛ, однак слід сказати, що близько 5% займають ВІЛ, ППСШ. Ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, тютюнопаління, тривале використання КОКів, велика кількість абортів та пологів, нездоровий спосіб життя, низький соціальний статус – все це також деякою мірою впливає та посилює розвиток РШМ (American Cancer Society). ВПЛ 16 та 18 – мають найвищий ризик. ВПЛ може самостійно елімінуватись при нормальному імунному захисті, відсутності ППСШ і шкідливих звичок. Тривала інфекція, може з часом спричинити рак. ВПЛ переважно передається від людини до людини статевим шляхом, тому необхідно використовувати бар'єрні засоби контрацепції. Також існує специфічна профілактика – вакцинація від ВПЛ. В Україні вакцинація є рекомендованою та добровільною, що здійснюється за власні кошти пацієнта. Так як вакцинація захищає на 70%, тому найважливішим етапом профілактики є регулярний скринінг. ПаП-тест та НРV-тест є золотим стандартом. Для зменшення випадків РШМ, необхідне проведення вакцинації населення на державному рівні, що надасть можливість захисту та попередження росту РШМ.

Висновки. Профілактика РШМ включає в себе основні пункти: здоровий спосіб життя, безпека статевого акту, вакцинація у віці 9-13 років дівчат та хлопчиків, проведення регулярного скринінгу, виключення факторів ризику розвитку РШМ й інформування широких прошарків населення про можливості захисту від РШМ. У економічно розвинутих країнах Європи виявлення РШМ і смертність від нього значно нижчі, ніж в Україні і це обумовлено профілактикою РШМ на державному рівні, що активно фінансується.

О. М. Плавков
НЕЙРОЕНДОКРИНОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ

О.Л. Льовкіна (к. мед. н., доцент)
Кафедра акушерства та гінекології №2
Вінницький національний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Нейроендокринна система відіграє визначальну роль у перебігу вагітності та пологів. Вона зазнає кардинальних змін та перебудови. Крім того, у ґрунтовних знаннях фізіологічних процесів, які відбуваються під час вагітності, лежить ключ до розуміння патологічних змін, які можуть виникнути та ускладнити її перебіг.

Мета: Визначити фізіологічні процеси, які відбуваються в процесі вагітності та виділити ті з них, які можуть стати попередниками патологічних станів.

Матеріали та методи: Аналіз літератури та статей, які розміщені у журналах, індексованих у науково-метричних базах Google Scholar, PubMed, Elsevier, Scopus, Web of Science.

Результати: Під час вагітності мозок вагітної жінки здійснює серію адаптивних механізмів, які є фундаментальними для розвитку та росту плода, захисту матері, так і плоду. Захищаючи і матір, і плід від несприятливого розвитку до часу пологів. Вся нейроендокринна концепція є дуже складною, оскільки мозок і плоду, і плацента беруть участь також як регулятори загальної фізіології. Плацента зараз розглядається як нейроендокринний орган, який є джерелом нейроактивних факторів, які проявляють свій біологічний вплив або локально, або потрапляють у кровообіг матері та плоду, виявляючи таким чином аутокринну, паракринну чи ендокринну дію. У плаценті також експресуються різні гіпоталамічні нейрогормони (гонадотропін-релізинг-гормон, соматотропін-релізинг-гормон, кортикотропін-релізинг-гормон, окситоцин. Коли під час вагітності матір піддається стресу, активується гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова вісь, щоб підтримати фізіологічні умови та таким чином уникнути несприятливих наслідків для матері та плоду. Проте, коли стрес є надмірним, може виникнути ряд акушерських ускладнень. Об'єм циркулюючої крові під час вагітності зростає на 40-50% - збільшується ризик протейнурії від самої наявності вагітності. Під час надмірної активації осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники виникає надмірна бета-адренергічна стимуляція серця → ↑частоти серцевих скорочень, ↑артеріального тиску, затримка натрію та води в організмі (через продукцію альдостерону та кортизолу) → за наявності несприятливих чинників (порушення імунологічної толерантності+мутації генів, які відповідають за синтез речовин, які регулюють тонус судин – оксид азоту(II), ендотелін) через гіперперфузію нирок виникає прееклампсія. Якщо під час прееклампсії виникне генералізований спазм артерій, які кровопостачають головний мозок, прееклампсія ускладниться судомами – виникне еклампсія. Разом із стимуляцією серця бета-адренергічна стимуляція веде до активації коагуляційних факторів → ризик виникнення тромбозу глибоких вен, HELLP-синдрому (hemolysis, low platelets, raised liver enzymes).

Висновки: Під час вагітності існує багато ризиків як для матері, так і для плоду. Для коректного ведення пацієнок, у яких виникли ускладнення вагітності необхідно глибоко розуміти фізіологічні процеси, які передують їх розвитку.

Ю.О. Співак, Р.С. Погорілий

ВПЛИВ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ НА МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ У ДІВЧАТ ТА ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра акушерства та гінекології №1

А. П. Дністрянська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Повномасштабне вторгнення спричинило виникнення гострого, а надалі хронічного стресів, що мають вплив та небажані наслідки для загального здоров'я та самопочуття жінки, включаючи зміни менструального циклу, такі як: тривалість, регулярність, ясність виділень, болючість. Адже події, які відбувалися і відбуваються на сьогодні по рівню стресу переважають звичайні побутові негаразди, що і робить його вплив на організм жінки таким суттєвим.

Мета: Визначити, чи та як повномасштабне вторгнення росії в Україну та пов'язані з нею стресори вплинули на менструальний цикл жінок репродуктивного віку.

Методи та матеріали: Онлайн-опитувальник (Google Forms) за допомогою якого був проведений збір інформації про зміни менструального циклу серед студенток та жінок репродуктивного віку, які проходять/проходили навчання у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова.

Результати: Під час дослідження було опитано 216 жінок різної вікової категорії, серед яких: 77,3 % мають шкідливі звички та 21,3% - екстрагенітальні захворювання. У зв'язку з повномасштабною війною 60% опитаних не відчують себе у безпеці, 77% відчують страх і тривожність, 87% відчують себе втомленою та виснаженою. Під час опитування було встановлено вплив повномасштабного вторгнення на тривалість менструального циклу та тривалість власне менструацій. Респондентки відмічають зміни регулярності менструацій. Так до повномасштабного вторгнення регулярні менструації були у 83,3% опитуваних, а після – знизились до 58,8%. Щодо ясності менструацій, то лише 35,6% жінок вказують вплив повномасштабного вторгнення на зміну обільності менструацій, а саме 18,1% відмічають збільшення, а 17,5% зменшення ясності менструацій. На 3,25% спостерігається збільшення болючості менструацій під час або за декілька днів перед менструацією (після початку повномасштабної війни). Також відмічається збільшення впливу менструації на щоденну активність респонденток на 5,5% з початком повномасштабного вторгнення. Відчуття слабкості, підвищеної втомлюваності збільшилися до 40,3% порівняно з 30,6% після початку повномасштабної війни. 3,2% з усіх респонденток відмічають вплив військових дій в Україні на зміну режиму прийому та методу контрацепції, з яких 3,2% після зміни методу спостерігали вплив на характер менструацій. Варто зазначити, що більш ніж половина опитуваних, а саме 67,1% у період після початку війни хворіли на захворювання, що характеризуються підвищенням температури тіла.

Висновки: Повномасштабне вторгнення росії в Україну призвело до того, що більшість респонденток не відчуває себе у безпеці і тому у них підвищилась тривожність та страх, що в свою чергу зумовило виникнення різних видів стресів, які негативно впливають на складові менструального циклу, що може призвести до проблем у репродуктивній системі жінок у майбутньому.

Д.Р. Якобчук, А.В. Голубець, А.П. Черначук
УСКЛАДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТОК

Кафедра акушерства та гінекології № 2

С.А. Тарасюк (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: війна в Україні значно підвищила ризик передачі ВІЛ-інфекції гематогенним шляхом, особливо у вагітних. Дане захворювання сприяє виникненню несприятливих наслідків вагітності, які включають збільшення кількості спонтанних викиднів, підвищену перинатальну смертність, гіпертонію у вагітних, обмеження внутрішньоматкового росту, передчасний розрив амніотичної оболонки, гестаційний діабет. Через імуносупресію ВІЛ може негативно вплинути на частоту та перебіг багатьох інфекцій під час вагітності, включаючи простий генітальний герпес, вірус папіломи людини, цитомегаловірус, токсоплазмоз, гепатити В і С та інфекції сечовивідних шляхів. Крім того, паразитарні інвазії та опортуністичні інфекції, пов'язані з ВІЛ, такі як туберкульоз, пневмоцистна пневмонія є частими захворюваннями під час вагітності та в післяпологовому періоді.

Мета: виявити і охарактеризувати основні наслідки ВІЛ-інфекцій вагітних, провести порівняльну характеристику статистичних даних закордонних досліджень, зменшити ризик виникнення ускладнень даної патології за рахунок інформування населення.

Матеріали і методи: було проаналізовано та систематизовано закордонні наукові дослідження проведені на базі University of Cape Town, J.W. Goethe University та ознайомлено з фаховими статтями (PubMed).

Результати: 11-річне дослідження Франкфуртського центру по профілактиці та боротьбі зі СНІД щодо ускладнень під час вагітності включало 330 випадків, 79 (24,2%) з яких дізналися про позитивний ВІЛ-статус під час вагітності. У 38 жінок (11,4%) було виявлено гестаційний діабет (GDM), у 5 жінок (1,5%) з'явилась гіпертензія. У 16 жінок (4,8%) виник розрив амніотичної оболонки (PROM), а у 46 (13,7%) - передчасне скорочення матки, обидві патології викликали передчасні пологи. 15 (4,5%) вагітним було діагностовано вади розвитку плоду, у 30 (9%) - обмеження внутрішньоматкового росту, втрата плоду старше 24 тижнів спостерігалась 1 раз (0,3%), постнатально - 5 (1,5%). Також було взято до уваги дані дослідження Департменту епідеміології та інфекційних хвороб у Лондоні, які показали, що в 9 з 12 досліджень було виявлено високий рівень інфекційних захворювань серед ВІЛ-інфікованих вагітних, також цей аналіз показав, що дані пацієнти мають у 2 рази більше шансів на ендометрит. У процесі проведення конфіденційних розслідувань материнської смертності в Південній Африці 62% смертей були пов'язані з сепсисом, який виник як ускладнення ВІЛ-інфекції.

Висновки: отже, зважаючи на дані закордонних досліджень, можемо сказати, що ВІЛ-інфекція негативно впливає на перебіг вагітності та може ускладнюватися загрозливими для життя станами. Також у ВІЛ-інфікованих пацієнток ймовірність післяпологового сепсису збільшується у 3 рази. У сучасних реаліях ризик інфікування збільшився у декілька разів, тому важливо проводити комплексне обстеження щорічно, особливо перед вагітністю, та дотримуватись схеми антиретровірусної терапії.

Т.П.Ямпольська

ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ВАГІТНИХ

Кафедра гінекології та акушерства

М.В Мірошніченко (асистент кафедри)

Донецький національний медичний університет

Кропивницький, Україна

Актуальність: одним з чинників формування та збереження здоров'я людини є фізіологічне раціональне харчування, а особливо якщо це стосується вагітних жінок. Адже під час вагітності дитина, що розвивається всередині утроби, отримує все поживне від матері. Вагітність вимагає підвищеного споживання макро та мікроелементів, а недоїдання або недостатнє вживання їжі під час вагітності може призвести до несприятливих перинатальних наслідків. Тому консультування жінок щодо їх дієти та забезпечення харчових добавок під час вагітності може допомогти дітям та нормально розвиватись внутрішньоутробно.

Мета: Оцінити користь та шкоду дотримання фізіологічних основ харчування, оцінка результатів здоров'я жінок. Виявити відношення ризику раннього народження, збільшеної ваги новонародженого та ризику мертвонародження у жінок з достатньо наданою харчовою освітою; збалансованим додаванням енергії та білків: високобілковою добавкою до раціону.

Матеріали й методи: контрольовані дослідження дієтичного виховання для збільшення споживання енергії та білків або фактичної добавки енергії та білка під час вагітності. За статистичними даними загалом було включено 3 досліджень. Для цього оновлення ми оцінили методологічну якість включених випробувань, використовуючи стандартні критерії Кокрана (ризик упередженості) та підхід GRADE

Результати: Ми відзначили кілька аспектів дієтичних рекомендацій :

1. Надання дієтичних рекомендацій призвело до збільшення споживання білка матір'ю. Було менше дітей, які народились занадто рано і менше дітей з низькою вагою при народженні. Також було більше дітей із більшою вагою при народженні серед жінок, які недоїдають. (враховувались статистичні дані)

2. Надання матері збалансованих енергетичних та білкових добавок було пов'язано з меншою кількістю немовлят, які помирають під час пологів, явним збільшенням ваги при народженні та меншою кількістю немовлят, які мали малий термін вагітності.

3. Добавки з високим вмістом білка не показали жодної користі для жінок та потенційної шкоди для плода

Висновки: не було доказів користі або несприятливого впливу для будь-якого іншого результату, про який повідомлялося. Збалансоване додавання енергії та білків покращує ріст плода та може зменшити ризик мертвонародження немовлят. Добавки з високим вмістом білка не здаються корисними і можуть нашкодити плоду. Результати цього огляду слід інтерпретувати з обережністю. Ризик упередженості був або незрозумілим, або високим для принаймні однієї категорії, обстеженої в кількох включених дослідженнях, а якість доказів була низькою для кількох важливих результатів.

ПЕДІАТРІЯ



PEDIATRICS

Ankita Dhall

THE EFFECT OF STRESS ON COGNITIVE FUNCTIONS OF THE BRAIN

Department of Propaedeutics of Paediatric Diseases with Patient Care

L. P. Cherepakchina (Docent, PhD)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia, Ukraine

Actuality of the theme: Cognitive health is an important component of performing everyday activities. The cognitive function of brain includes complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual motor control, and social cognition. These skills together allow us to function as healthy adults. Many regions fundamental to emotions are buried deep in the limbic system and the prefrontal cortex. Stress is so common in today's world. No matter what you do or who you are, you have days of exhaustion. It is so ironical that one of the major contributors to it is the excessive dopamine we get from using our "supposed assets"- gadgets. Today's world is full of competition, which is responsible for introduction of stress in everyone's life. Every person wants to be the best, for if they lag, someone is there to fill their place. An unhealthy present paves the way to an unhealthy tomorrow. The impact of stress on brain begins in the womb itself, through the mother. The foetal period is critical for development of a human brain, a negative influence on it can cause prenatal stress. This prenatal stress includes ADHD in children and even mental conduct disorders. Children are ready to learn from their environment, a stressful environment affect baby's brain development and pose immune system problems too. It can cause increased risk of preterm deliveries. The fact that this topic is so familiar made me choose it for my presentation.

Purpose of the theme: To master the knowledge about structures of the brain.

To discuss effects of stress on cognitive functions of the brain. It is important to do so as- if one is able to recognise the stressful stimuli, they will work to manage and deal with it. It provides us a sense of stability as a person.

To spread awareness in the population.

Materials and methods: For my research, I took the help of materials available on internet that correspond to the data given by WHO. Other sources for my deeper understanding of the theme are NCBI website, Harvard Health Edu, and of course, my medical books and professors teachings.

Result: The brain changes that occur due to stress may be reversible in some people. It not only depends upon the intensity with which external stimuli of stress is acted, but also on how an individual reacts, his mental composition. So in chronic patients, stress may sometimes be irreversible, or difficult to reverse. Stress and disease go hand in hand.

Conclusion : Empirical evidence supports a strong relationship between psychological stress and disease development in all ages. It is not only confined to a mother but also pose neurological diseases in offsprings. Stress should be treated, everyone should celebrate after a hectic week, have enough rest days, as a balance is important in all aspects of life. One must also talk to family and friends once in a while and should indulge in activities that they like.

Chandrika Dagur

MITRAL VALVE PROLAPSE- A MODERN VIEW OF THE PROBLEM

Department of Propaedeutics of Pediatric Diseases with Patient Care

Associate Professor L.P. Cherepakchina (Docent, PhD)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia, Ukraine

Introduction of the theme: Mitral valve prolapse is a heart valves disease in which the valve between the left heart chambers are affected. In this condition leaflets of mitral valve becomes floppy and bulge backward (means prolapse) occurs like a parachute into the heart's left chamber as the heart contracts or squeezes. MVP are classified into primary or secondary.

Primary MVP is a myxomatous degeneration in the absence of any connective tissues according to pathology. Main cause of MVP is stretching abnormally of valve leaflets. It is also called myxomatous

valve.MVP is also multitude of other medical conditions, like connective tissues disorders, migraine (mainly migraine with aura),open- angle glaucoma, autoimmune disease, sensorineural hearing loss .

Main motive of the theme : To master the knowledge about mitral valve prolapse problem and to discuss effects of mitral prolapse problem in human beings. It is important to do so as, if one is able to recognize symptoms of mitral valve prolapse,they will work to control and deal with this problem. It provides us to help in maintain our heart heathly .

Materials and methods : For my research, I took help of materials available on internet that correspond to the the data present by WHO. Other resources for my deeper understanding of the theme are book published by Vinod K Paul and Arvind Bagga, Nelson textbook of pediatrics and NCBI website.Harvard Health Education and my medical books and professors teachings.

Result: MVP is a benign condition , it can develop at any age. It can work genetically also means continue in families and goes to other conditions such as infection or sudden death.

Symptoms of MVP may includes shortness of breath and an irregular heartbeat.

In this condition need to avoid alcohol,sugar and limited sodium, maintain healthy weight,and control on high cholesterol and hypertension.

Conclusion: We have to check MVP via naturally. So, eat heart- healthy diet, manage blood pressure, avoid alcohol, get regular health checkups. Vitamins B6 is very helpful for MVP related symptoms. For confirm MVP, need to required lab studies like outpatient echocardiography (Echo).Two dimensional echo is less effective but need to do more specific for MVP them M- mode echo. ECG can also do. MVP occured with heritable or autosomal connective disorders like Ehlers-Danlos, Marfan syndrome.

In most cases of MVP are primary,expressed via autosomal dominant trait or idiopathic in nature.

Dixita

THE EFFECT OF ARTIFICIAL FEEDING ON THE CHILD'S IMMUNE SYSTEM

Department of Propaedeutics of Pediatric Diseases with Patient Care

Associate Professor L.P. Cherepakhyna

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Actuality of theme:Artificial feeding is such a sort of child feeding during the first six months of his life when he does not receive maternal milk at all or it makes 1/5 and less daily volume of food. The impact of artificial feeding on a child's immune system can depend on a variety of factors, including the child's age, the type of artificial feeding used, and the child's overall health and immune function. One of the primary benefits of breast milk is that it contains antibodies and other immune boosting compounds that can help protect the baby against infections and illnesses. When a baby is artificially fed, they may miss out on these benefits. However, it's important to note that formula is designed to provide a similar level of nutrition to breast milk and is generally safe for most babies. In fact, in some cases, if a baby is unable to breastfeed for medical or other reasons. While breast milk does provide some immune boosting benefits, it's important to remember that a child's immune system is complex and influenced by many factors beyond their diet. A healthy lifestyle, including regular exercises, adequate sleep, and proper hygiene can help support child's immune function.

Purpose of the theme:To master the knowledge about breastfeeding and artificial feeding.

To know when artificial feeding is necessary.

To know the importance of artificial/formula feeding in appropriate circumstances.

Materials and methods : For my research, I took help of materials available on internet that correspond to the data given by WHO. Other sources for my better understanding of the theme are pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, my medical books, Ghai Essential Pediatrics , and my professor teachings.

Result:A child who is on artificial feeding, may have some issues like decreased protection against infections, increase risk of allergies, lower immune functions but these effects are not experienced by all infants. Formula feeding can still provide adequate nutrition and be safe and effective options for

many babies. Ultimately the decision how to feed a baby should be based on the individual needs and circumstances of the child and their family.

Conclusion: Artificial feeding is a viable alternative, provide baby with as much nutrition when prepared correctly, independent of mothers health, specific to infants dietary needs, special formulas for babies that are born with metabolic conditions.

Farhan Khan

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHRONIC BACTERIAL INFECTION

Department of Propaedeutics of Pediatric Diseases with Patient Care

L.P. Cherepakhyina (Docent, PhD)

Vinnitsia National Pirogov Memorial University, Vinnitsia, Ukraine

Actuality of the Theme: Iron deficiency anemia (IDA) is one of the most common anemia types worldwide, with an estimated 1.2 billion people affected. Chronic bacterial infections, such as tuberculosis and periodontitis, are known to cause IDA. Despite its prevalence, the mechanism underlying IDA in chronic bacterial infections remains unclear, making it challenging to manage effectively. Iron deficiency anemia (IDA) is a common complication of chronic bacterial infections, particularly in individuals with underlying inflammatory conditions such as inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis, and chronic kidney disease. Chronic bacterial infections stimulate the production of inflammatory cytokines such as interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), which leads to increased hepcidin levels and subsequent iron sequestration, resulting in a reduction of iron availability for erythropoiesis. This iron restriction affects erythropoietin synthesis, hemoglobin production, and erythropoiesis, ultimately leading to anemia.

Purpose of the Theme: The purpose of this study is to investigate the relationship between IDA and chronic bacterial infection, specifically exploring the mechanisms by which bacterial infections induce IDA and the challenges in managing it.

Materials and Methods: We conducted a systematic review of existing literature on IDA and chronic bacterial infections. We searched PubMed, Scopus, and Cochrane databases using relevant keywords, including "iron deficiency anemia," "chronic bacterial infection," and "mechanisms." We included studies published from 2000 to 2022 and assessed them for quality using the Cochrane risk-of-bias tool.

Results: Our review suggests that chronic bacterial infections lead to IDA through various mechanisms, including inflammation-induced hepcidin overproduction, which reduces iron absorption, and bacterial sequestration of iron. Furthermore, the management of IDA in the context of chronic bacterial infections is complicated by the potential adverse effects of iron supplementation on the immune system.

Conclusion: This study suggests that chronic bacterial infections are a significant cause of IDA, and the underlying mechanisms are complex. Further research is needed to identify the most effective management strategies for IDA in the context of chronic bacterial infections, including the optimal timing, dose, and duration of iron supplementation. Healthcare providers should consider the potential benefits and risks of iron supplementation carefully and individualize treatment plans for patients with IDA and chronic bacterial infections.

Kashika Mahajan, Sahu Shivam Kumar

DISORDERS OF GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA. CLINICAL CASE.

Department of Pediatrics № 2

V.V. Demianyshyna (MD, PhD, assistant), N.O. Buhlova (MD, PhD, assistant)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Background: The acute leukaemia are the heterogeneous group of malignant disorders, which are characterized by the uncontrolled clonal proliferation and accumulation of poorly differentiated blast cells in the bone marrow and other tissues. It is known that in 75-80 % of children with leukemia have acute lymphoblastic leukemia (ALL) – 20% acute myelogenous leukemia. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) is a malignant disease of the bone marrow in which early lymphoid precursors proliferate and replace the normal hematopoietic cells of the marrow. The annual incidence of ALL within the United States is 3.7-4.9 cases per 100,000 children age 0-14 years. ALL can show many non specific clinical manifestations but those all are masks of the underlying main disease. All these are masks of this disease which can imitate as any gastrointestinal, respiratory, CNS disease or any infection. So it is a big responsibility to find out the main disease irrespective of the different nonspecific features.

Aim of the study: To analyze disorders of gastrointestinal tract in children with acute lymphoblastic leukemia based on a clinical case.

Material and methods: Our study is based on a clinical example of a 8 years old child who is being treated in oncology department in Vinnytsya regional children hospital with diagnosis ALL. The analysis and generalization of modern educational and scientific information on medicine was carried out, foreign sources (PubMed, Scopus) and scientific medical articles were processed.

Results: A child presented with complaints of fast fatigability, increased body temperature up to 37,2°C, nausea, pain in abdomen with persistent character in right lower part of abdomen, pain in joints and bones, bruises on the trunk and limbs. The child was hospitalized to the surgical department with suspicion of acute appendicitis, but after ultrasound abdomen it was ruled out. Complete blood count, bone marrow is aspirated and morphology, cytochemical stains, immunophenotyping, chromosome analysis, and other molecular studies were performed. Hemogram: Hb 122 g/l, RBC $4.45 \times 10^{12}/l$, CI 0.8, WBC $9.15 \times 10^9/l$, leukocyte formula: blasts 40%, monocytes 4%, lymphocytes 82,1%. Platelets – $34 \times 10^9/l$, ESR – 8 mm/hour. Myelogram: lymphoblasts 97%, total blast transformation of bone marrow with reduction of all cells. It was confirmed diagnosis of ALL with B lymphoblastic form, L2 variant (FAB), without chromosomal abnormalities.

Conclusions: In our study it was revealed that a patient firstly presented with suspicion of acute appendicitis but the final diagnosis turned out to be ALL. So, to correctly investigate and diagnosing the real disease early is very important to prevent further progression of the disease and for preventing its complications.

Khan Ikramul Inamulhak

EXPLORING HEMOPHILIA: A COMPREHENSIVE COMPARISON OF TYPES A, B AND C AND THEIR ANAMNESIS

Department of Propedeutics of Pediatric Diseases with Patient Care C. L. Pavlovna (PhD, prof.)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia Ukraine

Actuality: Hemophilia is a rare genetic bleeding disorder that includes three main types. Hemophilia A is the most common type, affecting one in 5,000 to 10,000 males worldwide. Hemophilia B is less common, with a prevalence of 1 in 20,000 to 34,500 males worldwide. Hemophilia C is the least common type, affecting approximately 1 in 100,000 people worldwide. Accurate diagnosis is essential for effective management, and the anamnesis can provide vital information to distinguish between the three types of hemophilia.

Goal: The aim of this presentation is to provide a comprehensive comparison of types A, B, and C of hemophilia and their anamnesis. The focus will be on identifying possible questions to ask patients, unique characteristics for each type, and how to differentiate them.

Materials and methods: To achieve this goal, we conducted a thorough literature review of published studies on hemophilia and analyzed information on the anamnesis and laboratory tests

required to diagnose the three types of hemophilia. We gathered data from various sources, including electronic databases, textbooks, and clinical practice guidelines.

Results: We found that the anamnesis can help distinguish between hemophilia types by evaluating the severity and frequency of bleeding episodes, family history, and laboratory findings. In addition to being less common, Hemophilia B is characterized by joint bleeding, while Hemophilia A presents with more severe and frequent bleeding episodes, and Hemophilia C is linked with milder symptoms. Our analysis also highlighted the importance of genetic testing in confirming a diagnosis and identifying carriers of the disease.

Conclusions: Accurate diagnosis and personalized treatment can significantly improve the quality of life of patients with hemophilia. By using the anamnesis and laboratory results to accurately diagnose and treat hemophilia, healthcare providers can improve patient outcomes. Healthcare providers play a crucial role in achieving this goal by asking specific questions during the anamnesis, such as family history of bleeding disorders and past bleeding episodes, and using genetic testing and laboratory results to confirm a diagnosis. This presentation provides valuable insights into identifying the unique characteristics of each type of hemophilia, which can help improve diagnosis and treatment.

Oketokun Olusayo A.

SUDDEN CARDIAC DEATH IN CHILDREN: ATHLETES VERSUS NON-ATHLETES

DEPARTMENT OF PEDIATRICS 2

O.O. Zborovska (PhD, assistant)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia Ukraine

Actuality: Sudden cardiac death (SCD) in young people is a very devastating event as it occurs in seemingly young, healthy with no previous health problems or absence of structural heart disease. Rigorous heart activity in young people with underlying heart disease is the major cause of SCD in this group. Common causes of SCD in young athletes and non-athletes include hypertrophic cardiomyopathy, congenital coronary anomalies, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, channelopathies such as long QT syndrome, Brugada syndrome, and Wolf-Parkinson-White syndrome.

Goal: To demonstrate occurrence of SCD in athletes and non-athletes, the global importance of proper screening, detection, and strategies to prevent cardiovascular event in young people.

Material and methods: Comparison and analysis of 22 European and American articles and research. The Cochrane Library, Pub Med, Google Scholar databases were among the materials for research. All data studies within a 10-year period.

Results: The incidence of SCD is estimated to be 2 out of 100000 athletes between the ages of 12-35 years. A study of SCD in over 4 million US high school youth, athletes were 2.7 times more likely to suffer from SCD than non-athletes. An Italian study suggests that there is a higher incidence of SCDs in athletes estimated at 2.3 per 100000 than in non-athletes estimated at 0.9 per 100000. The incidence of SCD is similar in competitive and recreational athletes. The incidence of SCD is also 3 times more likely in males than in females. Additionally, incidence is even higher in the black population than the white population in ratio of 3:2. In a postmortem analysis that met the inclusion criteria, a total population of 5060 victims of SCD were analyzed out of which 2890 were athletes and 2170 were non athletes. The most common causes of SCD in both athletes and non-athletes are hypertrophic cardiomyopathy, arrhythmogenic cardiomyopathy, coronary artery anomalies. However, in 1 retrospective study from 2002 to 2011 using data from USRSDA, autopsies from 47 cases of athlete SCD were reviewed and reported 27 % of cases with a structurally normal heart, while 33% had autopsy findings consistent with hypertrophic cardiomyopathy.

Conclusion: SCD is a major health burden in the general population, in most cases the underlying causes are asymptomatic cardiac diseases. It has been proven that appropriate interventions will prevent the occurrence of this sad event. Since death is an irreversible process, prevention is the key. Both athletes and non-athletes should be screened. Screening with ECG, appropriate clinical history

and other measures will be helpful to reduce these events. However, screening alone is not enough, therefore presence of AEDs and knowledge of CPR in public and athletic centers has been proven to reduce mortality in up to 4 folds.

Piyush Singh

FEATURES OF IMMUNIZATION DURING OVERCOMING THE CONSEQUENCES OF LITHOSPHERIC CATAclySMS

Department of Propaedeutics of Children Diseases L.P. Cherepakchina, Docent, Ph.D.
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: Cataclysms are a common incidence, and concern that may become more frequent because of global climate change. Besides their immediate effects, can have indirect, long-term, health effects on the community by various mechanisms including restricted access to health care. In particular, exposure to catastrophes during childhood, could permanently alter health pathways e.g. timely immunizations, or divert resources far from children. Exposure to a cataclysm increases the likelihood of illnesses such as diarrhea, typhoid, malaria, measles, pneumonia, etc., as there is a great chance that children in the affected area may not get proper immunization which has a large negative effect on children's long-term health. Emergencies may result in continuous disruption of vaccination services provided through PHC, resulting in a significant drop-in vaccination program and leading to a decrease in the immunity of the population, and increased morbidity and mortality from vaccine-preventable diseases with risks of outbreaks. Vaccination must be highly prioritized and implemented, this limits avoidable morbidity and mortality. Maintaining routine vaccination services must be the primary objective of every immunization program throughout humanitarian emergencies. Vaccination plays an effective way in protecting children from serious diseases, not only individuals but also the broader community, by minimizing the spread of diseases and protecting future generations by eradicating diseases. According to UNICEF, Immunization saves nearly 2-3 million children every year from deadly diseases through various vaccination programs. Children affected in calamitous areas must get immunized because they are much more prone to get diseases such as measles, tetanus, etc. due to unsanitary conditions and overcrowding.

Goals: In this study, we discuss the features of immunization during the consequences of lithospheric cataclysms which prevent secondary health crisis happens due to poor hygiene and lack of public health service in the affected area due to the cataclysm. Also, we go through the survey, which helps us to understand how effective is immunization during such disastrous situations that prevent the outbreak of Vaccine-Preventable Diseases.

Materials and methods: I have analyzed a survey done by WHO and its organization using a free internet source. For this, I have visited the WHO website(<https://www.who.int>). Also, I have taken help from some other sources (such as NCBI, and UNICEF) for completing my project.

Result: After studying and analyzing the data uploaded by these agencies found that immunization saves children from serious diseases such as tetanus, measles, etc. affected by cataclysms. It helps them surviving from a secondary health crisis in the aftermath of the devastating situation than the initial disaster done.

Conclusion: Due to the lithospheric cataclysms, there is a high risk of the outbreak of the diseases such as measles, tetanus, and other Vaccine Preventable Diseases makes it hard for the survivors to be alive for upcoming weeks. For the prevention of such life-threatening diseases, immunization is very important in these areas.

Pritish Baliyan

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE

Department of Propaedeutics of Pediatric Diseases with Patient Care
Associate Professor L.P. Cherepakhyna

Actuality of theme: Iron deficiency Anemia in children is a condition in which child doesn't have enough iron to produce hemoglobin, So there is decrease in red blood cell count. Which results in less hemoglobin to carry oxygen in body tissue. This is because the rapid development and growth during this period of life increases the demand for iron, which is essential for the production of red blood cells. Main reason for anemia in children are blood loss, rapid growth of child and prematurity. Purpose of the theme: To master the knowledge about Anemia . To know when Anemia occurs in child. To know its serious consequences for their health and development. To promote the good health and well being in children.

Diagnostic methods: Complete blood count (CBC) Medical History and Physical Examination Iron and Total Iron Binding Capacity (TIBC) Test Combination of diagnostic methods can be used including laboratory tests and medical history and physical examination of the children.

Result and Consequences : There are long term(heart failure) and short terms consequences like Delayed growth and development In child. Poor appetite and fatigue.

The children has less immunity. Pale or yellowish appearance of skin. Behavioral problems in children, including irritability and attention deficits.

Conclusion: It is easily treated. So is very important to treat iron deficiency anemia in children as soon as possible to insure good health of children. Otherwise child also have malnutrition and long term consequences.

Prevention: Ensuring adequate intake of iron through a balanced diet that includes iron-rich foods and, in some cases, iron supplements. Healthcare providers, parents, and caregivers should be aware of the risk factors and signs of iron deficiency anemia in children and take appropriate measures to prevent and manage the condition.

Sankalp Yadav

IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA

Department of Propaedeutics of Paediatrics Diseases with Patient Care

L.P. Cherepakchina (Docent,Phd)

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsa, Ukraine

Actuality of the theme: As by the name signifies, it a disorder of decrease number of thrombocytes (also called platelets)

of blood due to autoimmune response against them. It is usually called idiopathic thrombocytopenic purpura as the cause is still unknown to us. Children generally have this disorder in the acute form which occurs in children of age 2-5 year old. However chronic form of this disease is not generally seen in children but rather in adults. Though the cause is unknown for this disease but it is believed by the doctors that, it occurs when the body itself, while making antibodies against some viral, produces antibodies against it's own platelets, accidentally. As a result of which antibodies destroys the thrombocytes and the body loses it's ability to maintain hemostasis and severe cases could lead to intense internal bleeding which can be fatal for the child. This disease is usually seen with some common symptoms however, it depends upon child to child. As the complication for this is serious, doctor can look for CBC report and other tests for confirming this disorder.

Purpose of the theme: By the end of this theme we should be to understand about the pathological process that lead to such critical situation. Also to understand the various symptoms of this disease and to recognise the best suitable treatment.

Materials and methods :The material for this information was available on the internet and also in medical books like Robins Basic Pathology.

Result : Although the cause is unknown for this disease but we should definitely learn about the classic symptoms for preventing any further complications for the child as the result could be fatal too.

Conclusion : Usually the child's body is capable of recovering by its own, but as platelets can be very less in number, doctor should provide the child's body with sufficient platelets and steroids could help too for suppressing the immune system.

Swati

AN OUTBREAK OF ACUTE ENCEPHALOPATHY IN MUZAFFARPUR 2019

Department of Pediatrics Propaedeutics C.L.Pavlovna (Ph.D., prof.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia Ukraine

Actuality: In Muzaffarpur, India, an Acute Encephalitis Syndrome (AES) outbreak in June 2019, resulted in the deaths of more than 150 children, mainly due to a sudden drop in blood glucose level. More cases and deaths were reported in the following months, but the reason for the outbreak is still unknown.

Purpose: Muzaffarpur is the country's largest litchi cultivation region. Litchi fruit is known to contain a toxin, methylene cyclopropyl-glycine (MCPG), and Hypoglycin A that disrupts gluconeogenesis and β -oxidation of fatty acids in the liver, making it more fatal for malnourished children as they already lack a buffer stock of sugar as glycogen in the liver, triggering encephalitis-related deaths.

Materials and Methods: A case-control study suggests that all the children presented to the Emergency Department are either malnourished or consumed large amounts of fruit without having proper meals. On analyzing litchi fruit, samples revealed the presence of methylene cyclopropyl-glycine in both the pulp and seeds. Additionally, urine samples from affected children also showed the presence of the same toxins present in the fruit.

Findings: The first case of the outbreak was reported in 2011 (14 deaths). Since then, similar incidents were recorded in 2013 (143 deaths), 2014 (355 deaths), 2015 (11 deaths), 2016 (4 deaths), 2017 (11 deaths), 2018 (7 deaths), and 2019 (161 deaths).

Conclusion: This study proposes that litchi fruit contains toxins, identified as a triggering factor for this outbreak and lack of stored glycogen in malnourished children puts them at higher risk. However, other factors such as hot climate, hygiene, inadequate health facilities, and lack of awareness should also be considered as contributing factors.

Л.М. Агафонова

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ТА МАНІФЕСТАЦІЇ КРИПТОГЕННОГО ГЕПАТИТУ У ДІТЕЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра педіатрії №2

Г.М. Руденко (к.м.н., доц.)

Актуальність: Гепатит- це захворювання, яке характеризується дифузними запальними змінами паренхіми печінки вірусного, токсичного, ятрогенного, аутоімунного походження та ін. Є випадки, коли етіологічний фактор встановити не вдається, такий гепатит називається криптогенним (КГ) або неверифікованим. Згідно з дослідженням M. Rizvi et. Al. у 51% пацієнтів з діагнозом КГ, було виявлено лептоспіроз, тоді як в 10% цитомегаловірус або вірус Епштейна-Барра. У дослідженні Marina R. et. al. у 26% було виявлено ДНК Bartonella henselae. Іншими причинами, що можуть призвести до КГ, є токсини, аутоімунні стани, лікарські засоби, неалкогольна жирова хвороба печінки. Відомо, що КГ може прогресувати в криптогенний цироз. Згідно даним Czaja A.J. et al. 22% дітей, які очікують на трансплантацію

печінки, мають діагноз КГ. На даний час залишається актуальним питання вивчення діагностики та лікування КГ у дітей.

Мета: дослідити особливості клінічної маніфестації криптогенного гепатиту у дітей на підставі опису клінічного випадку та даних наукових джерел.

Матеріали та методи: аналіз наукових досліджень, сучасних статей у фахових журналах, інтернет ресурсів (не пізніше 2012): Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov), Web of Science (webofknowledge.com), Scopus та результати розбору клінічного випадку.

Результати: хлопчик А. 11 років, надійшов до онкогематологічного відділення зі змінами в аналізі крові, такими як лейкоцитоз, еозинофілія. Пацієнту було призначено комплекс додаткових досліджень, таких як мієлограма, біохімічний аналіз крові та УЗД органів черевної порожнини (ОЧП). У мієлограмі спостерігається велика кількість еозинофілів з зсувом вліво до промієлоцитів, ознаки диспоезу у гранулоцитарному ростку. У біохімічному аналізі крові виявлені зміни: АЛТ — 131 од/л, АСТ — 68 од/л, гаммаглутамілтрансфераза — 315 од/л, лужна фосфатаза — 1528 од/л, білірубін загальний — 11,9 мкмоль/л, прямий білірубін — 7,1 мкмоль/л. При УЗД ОЧП: ознаки реактивних змін паренхіми печінки, збільшення розмірів селезінки. В результаті виявлених змін, дитині досліджено рівень антитіл до нативної ДНК, ANA, Anti-LKM-1, SLA, Anti-LC-1, AMA — негативні, р-ANCA — позитивні. Аналіз крові на маркери вірусних гепатитів А, В, С, D, G, ТТ, вірус Епштейна — Барр, цитомегаловірус, віруси простого герпеса, антитіла до ВІЛ методами ІФА та ПЛР, ехінококу — негативні. При езофагогастродуоденоскопії: наявне варикозне розширення вен стравоходу II ступеня. Після проведених досліджень дитині виконано біопсію печінки та виявлено ознаки фіброзних змін (3/4) та хронічного холестазу. Найбільш благоприємним методом лікування обрано трансплантацію печінки. Після проведення трансплантації, стан пацієнта стабільний, біохімічні показники покращились.

Висновок: КГ залишається найбільш недослідженою патологією в структурі захворювань печінки. Незважаючи на наявність великої кількості публікацій та досліджень, проблема діагностики та методу вибору лікування КГ залишається актуальною. У даному клінічному випадку ефективність показав такий метод лікування, як трансплантація печінки.

А.М. Барановська, Є.С. Гончарова, А.М. Стариченко
BLW-ПРИКОРМ (BABY-LED WEANING)

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми
О.О. Курець (к.мед.н., доцент), І.В. Чигір (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Прикорм — це продукти харчування, які вводять додатково до материнського молока або сумішей дитині в перший рік життя. Важливим є правильне і вчасне введення прикорму, адже грудне молоко і штучні суміші не здатні забезпечити дитину другого півріччя всім необхідним для її росту і розвитку. Останнім часом у світі змінились погляди на виховання та харчування дітей, тому активно дискутуються нові методи введення прикорму внаслідок поєднання практичного досвіду і сучасних наукових розробок. BLW-прикорм є новим підходом до введення прикорму, який стає все більш популярним у багатьох країнах світу.

Мета. Базуючись на даних огляду літератури, проаналізувати ефективність BLW-прикорму та його вплив на здоров'я і розвиток дитини; порівняти результати введення BLW-прикорму з традиційним підходом до пригодовування дитини та оцінити доцільність його застосування.

Матеріали та методи. Проведено аналіз та узагальнення сучасних публікацій з ресурсів "PubMed", "Google Scholar", "Web of Science", "Scopus". Опрацьовано літературу з використанням порівняльного, теоретичного та описового методів.

Результати. BLW-прикорм передбачає введення пригодовування в твердому вигляді та дозволяє малюкам самостійно «досліджувати» їжу. Метод базується на тому, що весь прийом їжі контролюється власними діями немовляти, на відміну від того традиційного способу, коли батьки годують дитину з ложечки. Тобто, основним принципом цього альтернативного підходу є «самогодування» немовлятами продуктами прикорму у вигляді шматочків неперетертої їжі, яку вони можуть самі тримати і жувати (різні фрукти, овочі, хліб, м'ясо тощо). Цей метод має ряд переваг, основними з яких є: стимулювання незалежності та розвитку дрібної моторики дитини, а також розвиток смакових звичок і формування здорового ставлення до їжі. До недоліків слід віднести те, що малюк може інспірувати їжу чи подавитися шматочками. А також існує ризик того, що дитина не отримає достатньої кількості харчових інгредієнтів та інших необхідних речовин для нормального росту і розвитку, сприймаючи прикорм, як «їжу для розваги».

Висновки.

1. Введення нових продуктів у раціон немовляти – складний, відповідальний етап в житті і дитини, і її батьків.
2. Враховуючи деякі переваги BLW-прикорму, необхідно пропонувати його застосування у дітей грудного віку.
3. Щоб уникнути недогодовування дитини та дефіциту нутрієнтів при «самогодуванні», слід продовжити достатнє основне харчування (грудним молоком чи адаптованою сумішшю) та поєднувати його з традиційними стравами прикорму, керуючись правилами та технікою їх введення.

О. В. Бацала, Н.О. Гайдай

ПЕРЕДВІСНИК СОЛОДКОГО ВБИВЦІ АБО «ПЕРШІ ЛАСТІВКИ» ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Кафедра педіатрії №2

І.І Андрікевич

(доцент ЗВО, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Предіабет – порушення вуглеводного обміну, що передуює маніфестації цукрового діабету (ЦД). За даними ВООЗ захворюваність на ЦД постійно зростає і становить серед людей старшого віку 8,5 % населення планети, в Україні – 9,1%. Своєчасна діагностика предіабету дозволяє за рахунок застосування ефективної програми профілактики (дієтотерапія, зниження маси тіла, активація фізичних вправ) запобігти або відстрочити розвиток цукрового діабету у 85% випадків та знизити ризики для здоров'я.

Мета: Проаналізувати клінічний випадок предіабету у хлопчика 16 років, оцінити дані світової та вітчизняної літератури щодо діагностики, лікування та профілактики даного стану у дітей.

Матеріали та методи: Обстеження проводилось на базі педіатричного відділення обласної дитячої клінічної лікарні. Використані наступні методи дослідження: збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні (загальноклінічні, біохімічні) та інструментальні (УЗД органів черевної порожнини та щитовидної залози).

Результати: До педіатричного відділення ВОДКЛ звернулась мати з сином (16 років, школяр) у зв'язку з тим, що під час профілактичного огляду виявили підвищений рівень цукру в крові - 6,2 ммоль/л. При розпитуванні матері з'ясувалось, що окрім підвищеного діурезу вночі, дитину більше нічого не турбувало. Також, хлопчик відмітив, що спрага відносно збільшилась під час фізичного навантаження (він займається спортом). При об'єктивному обстеженні змін з боку органів та систем не виявлено. Отримані біохімічні результати обстежень показали рівень глюкози крові натще – 6,0 ммоль/л (порушення глікемії натще), рівень глікованого

гемоглобіну (HbA_{1c}) – 6,4%, постпрандіальний рівень глюкози через 2 год після проведення перорального глюкозотолерантного тесту із 75г глюкози – 7,9 ммоль/л (порушена толерантність до глюкози), збільшення Індексу НОМА до 3,2, що свідчить про резистентність до інсуліну; гормони ТТГ, Т3, Т4 в межах норми. За даними УЗД органів черевної порожнини змін не виявлено, при дослідженні щитоподібної залози – у правій долі колоїдний вузол 1 типу. Зважаючи на особливості клінічного перебігу та отримані додаткові результати хлопчику було виставлено діагноз: Предіабет. Порушення толерантності до глюкози. Супутній діагноз: Вузловий зуб 1 ступеня, еутиреоз. Лікування включало такі пункти : зміна способу життя, харчування дрібно 5-6 разів на добу, фізична активність, здоровий сон не менше, ніж 7 годин на добу. Рекомендовано: контроль в динаміці глікемічного профіля та глікованого гемоглобіну 1 раз у 6 місяців; УЗД щитовидної залози та контроль гормонів (ТТГ,Т3,Т4) 1 раз у пів року.

Висновки: Аналіз даного клінічного кейсу свідчить про те, що такий стан як предіабет може виникати і у підлітків. Щоб контролювати ситуацію та не допустити критичних наслідків, важливо не лише налагодити спосіб життя та нормалізувати харчування, а й обов'язково виконувати необхідні лабораторні дослідження. Це дозволить профілакувати розвиток цукрового діабету 2 типу в майбутньому.

М.А. Бегма, В.В. Мороз
АНЕМІЯ БЛЕКФЕНА-ДАЙМОНДА У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

Т.Г. Король (доцент, к.мед.н.)

Г.М. Руденко (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Анемія Блекфена-Даймонда (АБД) це спадкове аутосомно-рецесивне захворювання, що характеризується парціальним пригніченням еритроїдного паростку кровотворення та вродженими аномаліями розвитку розвитку. Також спостерігаються пацієнти, які є носіями гетерозиготних мутацій в одному з 19 генів рибосомального білка (RP), які призводять до дефектного біогенезу та функції рибосом. Щорічна захворюваність на анемію Блекфена-Даймонда у загальній популяції Європи оцінюється приблизно в 1/150 000. Крім того, хлопчики та дівчатка хворіють однаково, етнічна схильність не виявлена. На даний час триває подальше вивчення методів профілактики та лікування апластичної анемії Блекфена-Даймонда.

Мета: Дослідити основні клінічні синдроми, принципи діагностики та лікування апластичної анемії Блекфена.

Матеріали та методи: наукові статті з баз PubMed, Scopus, науковий журнал «The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine».

Результати: Основним клінічним синдромом анемії Блекфена-Даймонда є анемічний, що проявляється блідістю шкіри і слизових оболонок та ознаками гіпоксії: млявістю, сонливістю, зниженим апетитом. Також характерні вроджені вади розвитку такі, як заяча губа, вовча паща, гіпертелоризм, коротка шия, полідактилія, синдактилія та інші. Лабораторно проявляється нормохромною макроцитарною гіпорегенераторною анемією; визначається високі показники активності еритроцитарної аденозіндезамінази; мієлограма – кістковий мозок гіпоцелюлярний, еритроїдний паросток звужений, з невеликою кількістю еритробластів.

Стандартом лікування АБД є використання кортикостероїдів (в стандартній дозі 2 мг/кг) результатом чого є підвищення рівня ретикулоцитів та гемоглобіну. Щоб уникнути стероїдної токсичності необхідний ретельний моніторинг, оскільки після їх виявлення потрібно скоротити тривалість прийому стероїдів і перейти на трансфузійну терапію. Біля 40% дітей з анемією Блекфена-Даймонда залишаються чутливими до стероїдів тоді, як 40% пацієнтів стають резистентними до дії стероїдів і потребують переливання крові та трансплантації

гемопоетичних стовбурових клітин (HSCT). У 20% дітей можливе досягнення ремісії, яка не потребує лікування. Дітям грудного віку протипоказані кортикостероїди, тому їх лікування починається одразу з переливання крові. Основним недоліком трансфузійної терапії є перевантаження залізом, що призводить до серцевого гемосидерозу і є причиною смертності пацієнтів. HSCT наразі є єдиним варіантом лікування еритроїдного дефекту АБД, і його слід розглядати на ранніх стадіях для дітей із залежністю від переливання крові. HSCT слід розглядати у дітей віком 3 - 5 років і показаннями є відсутність адекватної відповіді на стероїди та стероїдна токсичність, недостатність хелатотерапії або важка асоційована нейтропенія. Генна терапія є потенційним терапевтичним варіантом. Поточні зусилля її зосереджені на гені RPS19, яка була успішною на моделі миші, але в даний час немає результатів досліджень у людей.

Еритропоетин, циклоспорин, метоклопрамід, лейцин і сотатерцепт не показали високу ефективність.

Висновки: Оскільки АБД – генетичне захворювання, лікувальна тактика полягає в симптоматичній корекції її проявів. Для цього застосовується: гормональна терапія, трансфузія крові, трансплантація кісткового мозку, а також хірургічне корегування фенотипових особливостей.

В.А.Биков

ОЦІНКА ДОСВІДУ КУРІННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ЦИГАРОК УЧНЯМИ ВОСЬМИХ КЛАСІВ

Кафедра педіатрії №2

М.О.Шаламай (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Доступність та обізнаність щодо негативних наслідків куріння вважаються важливими чинниками впливу на поведінкові практики підлітків. Анонімне опитування у вигляді анкетування є простим інструментом отримання інформації для аналізу поширеності шкідливих звичок, першого досвіду куріння, доступності матеріалів щодо даної проблеми, тощо.

Мета дослідження: оцінити особливості вживання звичайних та електронних цигарок серед учнів восьмих класів на основі анкетування.

Матеріали і методи. Опитано 46 восьмикласників одного з ліцеїв м. Вінниці середнім віком $13,7 \pm 0,51$ років. Серед обстежених було 24 хлопці та 22 дівчат. За статевою ознакою всіх учнів було розподілено на дві репрезентативні групи (22 особи чоловічої статі та 24 особи жіночої статі)

Результати. З 46 опитаних підлітків майже кожен другий (43,5%) коли-небудь пробував курити (23,9% пробували курити електронні цигарки, 39,1% - звичайні цигарки). На момент опитування постійно курить 4 особи (8,7%), з яких троє хлопців та одна дівчина. Двоє учнів (4,4%) курить час від часу. Більшість з опитаних восьмикласників (65,2%) зазначили, що мають друзів, які курять звичайні цигарки та електронні цигарки (43,5% та 65,2%, відповідно). 16 осіб (34,78%) зазначили, що мають рідних, які курять звичайні цигарки (34,8%) та електронні цигарки (30,4%). На запитання «Чи плануєте ви курити в майбутньому?» ствердно відповіли 13 опитаних (28,2%), при чому 61,5% з них повідомили, що нададуть перевагу електронним цигаркам. В майбутньому планує не курити 36 учнів (81,8% хлопців та 75% дівчат). 100% опитаних підлітків зазначили, що не потребують додаткової інформації щодо куріння.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що згідно анкетування, жоден з восьмикласників не виказав потреби в отриманні додаткової інформації щодо куріння. Переважна більшість дітей (78,2%) мають в своєму оточенні друзів або рідних, які курять. Не

встановлено достовірної різниці в частоті куріння та прихильності до різного виду цигарок за статевою ознакою. Проведення більш детального аналізу щодо особливостей вживання цигарок у даної категорії учнів потребує розширення когорти учасників дослідження.

В.І. Бокоч, Д.С. Мельник
**СИНДРОМ НІМЕЙГЕН, АСОЦІЙОВАНИЙ ІЗ ЛІМФОМОЮ ХОДЖКІНА.
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.**

Кафедра педіатрії №2
В. М. Дудник (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця

Актуальність: Синдром Німейген (NBS) характеризується прогресуючою мікроцефалією, ранньою недостатністю росту, яка покращується з віком, рецидивуючими респіраторними інфекціями, підвищеним ризиком злоякісних новоутворень (головним чином лімфоми) і передчасною недостатністю яєчників у жінок. Перші симптоми хвороби можна виявити вже на першому році життя. Інтелектуальні здібності у дітей із синдромом Німейген мають тенденцію до зниження з часом.

Мета: Вивчити особливості клінічного перебігу синдрому Німейген, асоційованого із лімфомою Ходжкіна.

Матеріали і методи: Дослідження проведене на випадку з клінічної практики.

Результати: Хворий П., 11 років поступив зі скаргами на збільшення шийних та підщелепних лімфовузлів. Анамнез захворювання: хворіє на протязі місяця, мати замітила збільшені лімфатичні вузли. Звернулись за допомогою до гематолога. При об'єктивному обстеженні виявлено: типовий вигляд дитини з синдромом Секкеля/Ніймеген, збільшені лімфатичні вузли у вигляді конгломератів з обох сторін на шиї та в підщелепних ділянках. Проведена біопсія лімфатичного вузла – виставлено діагноз лімфоми Ходжкіна. При проведенні додаткових лабораторних обстежень було виявлено антитіла до Ig G до EBV вірусу. Імуноцитологічне дослідження: субпопуляції лімфоцитів периферичної крові виявило на фоні помірного зниженого запального вмісту лімфоцитів помірно знижений вміст Т-лімфоцитів за рахунок CD3+/CD4+Т-лімфоцитів та різко знижений вміст В-лімфоцитів. Вміст CD3+/CD8+Т-лімфоцитів та натуральних кілерів у межах вікової норми. Відмічається підвищений відсотковий вміст дубль-негативних-гамма+дельта-позитивних Т-лімфоцитів та дубль-позитивних Т-лімфоцитів, що характерно для лімфоми Ходжкіна. При проведенні молекулярно-генетичного дослідження було виявлено мутації 657del15 гена NBN у гомозиготному стані, що верифікує діагноз синдрому Ніймеген. При проведенні додаткових інструментальних методів дослідження був встановлений заключний діагноз: Лімфома Ходжкіна: нодулярний склероз (NSCHL), IV А стадія. Синдром Ніймеген. Хронічна персистуюча ЕБВ-інфекція. Особливості лікування даного пацієнта: перед кожним блоком в/в Ig Біовен моно, лікування по схемі OEPА (2 блоки) та COPDAS (4 блоки) (протокол GPOH-ND 2002) з наступною аутологічною трансплантацією кісткового мозку при неефективності медикаментозної терапії.

Висновки: Наявність вродженого імунодефіциту є тригерним чинником щодо виникнення злоякісних проліферативних захворювань. Синдром Ніймеген ускладнює перебіг лімфоми Ходжкіна, оскільки супроводжується появою важких інфекційних захворювань на тлі імунодефіциту. Поєднання зазначених патологій потребує модифікації стандартів протокольного лікування. При неефективності терапії (за відсутності виходу в ремісію на момент її закінчення) показана аутологічна трансплантація кісткового мозку.

Н.О. Бурлаков
**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ
АЛЕРГІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 1 ДО 17 РОКІВ**

Кафедра педіатрії №2
Науковий керівник: М.С. Дяченко (PhD, асистент)
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальність. Алергічна бронхіальна астма — хронічне респіраторне захворювання, яким хворіють мільйони дітей у всьому світі, в тому числі й в Україні. Незважаючи на численні доступні варіанти лікування, медикаментозна терапія алергічної бронхіальної астми у дітей залишається серйозною проблемою для клініцистів.

Мета. Порівняти ефективність різних підходів до лікування алергічної бронхіальної астми у дітей на основі отриманих даних пацієнтів.

Матеріали та методи. У цьому ретроспективному дослідженні проаналізовано дані 100 дітей віком від 1 до 17 років з алергічною бронхіальною астмою, які перебували на лікуванні у КНП «Міська дитяча клінічна лікарня №16» ХМР у період з січня 2019 року по грудень 2021 року. Пацієнти були розподілені на три групи залежно від застосованого підходу до лікування: група А отримувала тільки інгаляційні кортикостероїди, група В отримувала інгаляційні кортикостероїди та модифікатори лейкотрієну, а група С отримувала інгаляційні кортикостероїди та бета-агоністи тривалої дії. Були зібрані та проаналізовані демографічні дані пацієнтів, клінічні характеристики та результати лікування.

Результати. Аналіз зібраної інформації показав, що всі три підходи до лікування показали значне покращення самопочуття та функцій легень у дітей з алергічною бронхіальною астмою. Проте група С, яка отримувала інгаляційні кортикостероїди та бета-агоністи тривалої дії, продемонструвала найкращі результати лікування. Зокрема, ця група продемонструвала статистично значуще покращення об'єму форсованого видиху за одну секунду порівняно з групами А та В. Окрім того, частота загострень була вірогідно нижчою у групі С. Між групами А та В щодо результатів лікування суттєвих відмінностей не спостерігалось.

За даними МОЗ України, в Україні поширеність астми серед дітей 0-17 років становить приблизно 6,4%. Серед дітей, хворих на бронхіальну астму, приблизно 80% мають саме алергічну астму. Тому це захворювання є серйозною проблемою охорони здоров'я у нашій країні.

Висновки. Результати дослідження показують, що комбінація інгаляційних кортикостероїдів і бета-агоністів тривалої дії є більш ефективним підходом до лікування алергічної бронхіальної астми у дітей порівняно з інгаляційними кортикостероїдами окремо або в комбінації з модифікаторами лейкотрієну. Клініцисти України можуть розглянути цей підхід до лікування алергічної бронхіальної астми у дітей для покращення функції легень та зменшення загострень як один із найефективніших. Однак для підтвердження цих висновків у наступних наукових працях необхідні подальші ретельніші дослідження.

М.О. Волкотруб, І.А. Дзьоник
**КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ ВАКЦИНАЦІЄЮ ВАГІТНИХ ПРОТИ COVID-19 ТА
ГОСПІТАЛІЗАЦІЄЮ НЕМОВЛЯТ В ПЕРШІ 6 МІСЯЦІВ ЖИТТЯ (ОГЛЯД
ЛІТЕРАТУРИ)**

Кафедра педіатрії №1
Т.І. Саврун (доцент, к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день в Україні близько 30% немовлят протягом 6 місяців після народження інфікуються гострим респіраторним захворюванням Covid-19. Тяжкий

клінічний перебіг у дітей раннього віку пов'язаний з морфо-функціональними особливостями органів дихання та недостатньо розвиненою імунною системою. Вакцинація проти Covid-19 є ефективною, однак ці вакцини знаходяться на стадії клінічних випробувань для немовлят віком до шести місяців, а імуногенність, яку забезпечують нові технології вакцин для цієї вікової групи на етапі дослідження. Відомо, що пасивний імунітет у немовлят формується шляхом передачі материнських антитіл після вакцинації під час вагітності проти таких інфекцій, як кашлюк, правець і грип [С. Switzeratal., 2020]. Крім того, нові дані свідчать про те, що вакцинація матері проти COVID-19 під час вагітності зменшує ризик зараження та частоту госпіталізації немовлят з SARS-CoV-2 [J. Kwongatal., 2022].

Мета: Провести аналіз сучасних зарубіжних досліджень стосовно ефективності вакцинації жінок первинною (дві дози) або первинною плюс бустерною (три дози) серією мРНК вакцини проти COVID-19 (дельта- та омікрон-штами) під час вагітності та впливу на частоту госпіталізації немовлят протягом перших шести місяців життя.

Матеріали та методи: Інтернет ресурси вітчизняних та зарубіжних фахових платформ PubMed, GoogleScholar, Medline, Elsevier в період за 2020-2022pp.

Результати: Групу дослідження становили 8809 немовлят, матері, яких були вакциновані проти COVID-19. Серед дітей перших шести місяців життя виявили 99 випадків з дельта-штамом (з них 29 було госпіталізовано (29%)) та 1501 з омікрон-штамом (330 госпіталізовано (22%)). Було встановлено, що вакцинація вагітних жінок двома дозами вакцини знизила зараження немовлят дельта-штамом на 95% та частоту госпіталізації на 97%. Доведено, що інфікування омікрон-штамом у дітей від вакцинованих матерів, зменшилось на 45%, а частота госпіталізації на 53%. Ефективність вакцинації вагітних трьома дозами відносно зараження омікрон-штамом становить 23%, а відносно госпіталізації 80%. Немає даних щодо ефективності трьох доз проти дельта-штаму. Було встановлено зв'язок між вакцинацією та терміном вагітності. Вакцинація жінки двома дозами під час третього триместру є ефективніша, аніж під час першого та другого триместру вагітності.

Висновки:

1. Встановлено, висока ефективність вакцинації вагітних жінок серією первинної мРНК вакцини від COVID-19 проти дельта та омікрон-штамів, а також зниження частоти госпіталізації немовлят з важким перебігом захворювання дихальних шляхів
2. Доведено, що три дози вакцини покращують захист від омікрон-штаму.
3. Вакцинація під час третього триместру вагітності забезпечує найбільший захист у немовлят протягом перших 8 тижнів життя.

Перспективи подальших досліджень: Актуальність даної проблеми потребує проведення подальших нових мультицентрових досліджень задля отримання більш ґрунтовних даних.

В.Ю. Грач, І.В. Міллер

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Кафедра педіатрії №1

О.В. Герасимова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма (БА) є поширеним хронічним захворюванням серед дитячого населення, яке значно знижує якість життя дітей. Неконтрольований перебіг астми приводить до порушення сну, обмеження активності та порушення соціальної адаптації дітей. Часті напади ядухи, зловживання бронхолітиками сприяють процесам ремоделювання в міокарді та порушенню функції серцево-судинної системи.

Мета: дослідити морфофункціональний стан серця у дітей, які хворі на бронхіальну астму, враховуючи рівень контролю та тривалість захворювання.

Матеріали та методи: до дослідження залучено 97 дітей з персистуючою БА, вік яких склав від 3 до 18 років та сформована основна група. Групу контролю склали 34 здорові дитини, у групу порівняння включили 30 пацієнтів, які не мали змін зі сторони серцево-судинної системи, а перебіг БА був контрольований. За рівнем контролю, з допомогою АСТ-тесту, були сформовані відповідні групи. Дослідження стану серця проводили за допомогою доплерехокардіографії. Усім дітям також визначали систолічний та середній тиск в легеневій артерії та проводили вимірювання артеріального тиску.

Результати: у дітей з неконтрольованим перебігом захворювання, за рахунок збільшення частоти серцевих скорочень, внаслідок зловживання інгаляціями сальбутамолу, хвилинний об'єм крові достовірно був вищим та склав $7,3 \pm 0,6$ л/хв ($p < 0,001$). У дітей з БА різного рівня контролю не було виявлено вірогідної різниці між розмірами лівих відділів серця. Окрім того, систолічна екскурсія площини трикуспідального кільця у дітей з неконтрольованою БА та тривалістю захворювання більше 5 років була достовірно меншою ($2,09 \pm 0,01$ см), порівняно з дітьми із частково ($2,34 \pm 0,08$, $p < 0,01$) та контрольованим перебігом ($2,32 \pm 0,01$, $p < 0,01$). Водночас, систолічний тиск в легеневій артерії у дітей з неконтрольованою БА склав $38,3 \pm 0,3$ мм.рт.ст. і достовірно був вищим порівняно з дітьми з частково - $23,2 \pm 0,7$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$) та контрольованою астмою - $19,1 \pm 0,5$ мм.рт.ст. ($p < 0,001$). Проаналізувавши середній тиск в легеневій артерії визначили, що у дітей з неконтрольованим перебігом ($28,6 \pm 0,5$ мм.рт.ст.) цей показник не мав вірогідної різниці з групою дітей з частково контрольованим перебігом захворювання ($p > 0,05$), але достовірно відрізнявся у інших. Під час дослідження не було виявлено різниці між показниками артеріального тиску, залежно від рівня контролю захворювання та його тривалості.

Висновки: у дітей з неконтрольованою БА, з тривалістю захворювання більше 5 років, достовірно частіше спостерігається зменшення систолічної екскурсії площини трикуспідального кільця та підвищення систолічного та середнього тиску у легеневій артерії, що вказує на зміни переважно в правому шлуночку серця, без достовірної різниці у лівих відділах.

А. О. Гурницька, О. М. Винничук

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АНАПЛАСТИЧНОЇ ВЕЛИКОКЛІТИННОЇ ЛІМФОМИ У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Кафедра педіатрії №2

В. Г. Фурман (к. мед. н., доцент), В. Ю. Пасік (к. мед. н., асистент)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Анапластична великоклітинна лімфома – злоякісне та агресивне захворювання, що може виникнути у пацієнтів різних вікових груп. Хоча у дитячому віці вона є рідкісною, але все ж трапляється, і її діагностика та лікування можуть бути складними та вимагати спеціалізованого підходу.

Мета: Вивчити особливості клінічного перебігу анапластичної великоклітинної лімфоми.

Матеріали і методи: Дослідження проведене на випадку з клінічної практики.

Результати: Хворий В., 16 років поступив зі скаргами на періодичне підвищення температури тіла до $38,5$, загальну слабкість, біль в кістках. Анамнез захворювання: хворіє з вересня 2022 року, коли з'явилась біль в нижніх кінцівках, нечутлива до дії нестероїдних протизапальних препаратів та спостерігалось підвищення гострофазових показників (СРБ, ШОЕ). В динаміці відмічалось наростання больового синдрому, інтоксикаційного (гектична температура, пітливість, втрата ваги до 10 кг). Звернулись за допомогою до гематолога. При об'єктивному обстеженні шкіра та видимі слизові оболонки бліді, тілобудова астенична. Проведено аналіз мієлограми: у препаратах кісткового мозку з лівої клубової кістки відмічається розширення гранулоцитарного та мегакаріоцитарного паростків кровотворення з ознаками диспоезу.

Еритроїдний паросток збережений. Відносна кількість бластних клітин (великого розміру з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням) – 1,6%. На КТ- неоднорідний склероз правої та лівої клубових кісток, наявність одиничних вогнищ деструкції з періостальними змінами. На всьому протязі тіла L4 хребця неоднорідний склероз з наявністю крайової деструкції по передньому краю тіла хребця. При остеосцинтиграфії – множинні вогнища вторинного ураження: крило клубової кістки – 160%, потилична кістка – 155%, тім'яна – 148%. МРТ-дослідження з дифузією: множинні мезентеріальні лімфатичні вузли, в ділянці воріт селезінки до 23 мм. При морфологічному дослідженні кісткового мозку визначаються поля дифузних проліфератів з великих гістіоцитів. Пухлинна маса відтісняє та руйнує оточуючі тканини, в тому числі нормальний кістковий мозок. Методом дослідження сухої краплі крові було виключено хворобу Гоше та Німана – Піка. Для верифікації типу пухлини виконане імуногістохімічне дослідження: клітини пухлини виявились позитивними на загальний лейкоцитарний антиген (CD45), негативними на загальні цитокератини, S-100, міогенін, MyoD1, що свідчить про гемопоетичне походження клітин пухлини. Позитивні на CD30, негативні на CD3, CD20, CD43, CD68, CD11c, tdt, мієлопероксидазу, CD1a. При забарвленні на CD246 виявляється гранулярна цитоплазматична реакція в клітинах пухлини. Отримані результати свідчать на користь ALK-позитивної анапластичної великоклітинної лімфоми.

Висновки: Знання про анапластичну великоклітинну лімфому зможуть допомогти лікарям розпізнати захворювання на ранніх стадіях, обрати правильне та ефективне лікування.

В.О. Давидюк, Н.О. Мазуренко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ, ЗУМОВЛЕНОГО ВАРІАНТОМ «ОМІКРОН»

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Ю.І. Лобортас (викл.-ст.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ у США та ЄС близько 80% зареєстрованих випадків захворювання на COVID-19 зумовлені новим варіантом штаму «Омікрон», виявленим у 2023 році. В Україні протягом пандемії виділено та описано 8 різновидів Оміврон-варіанту SARS-CoV-2, які посідають провідне місце в захворюваності на COVID-19.

Мета: З'ясування особливостей перебігу Оміврон-варіанту COVID-19 у дітей різних вікових груп.

Матеріали та методи: Опрацьовано 1185 історій хвороб дітей віком від 1 місяця по 17 років з лабораторно-підтвердженими діагнозами COVID-19, які перебували на стаціонарному лікуванні в КНП «ВОКДІЛ ВОР» протягом 2022 року.

Результати: Серед обстежених переважала патологія верхніх (50,72%) та нижніх (43,29%) дихальних шляхів. Провідне місце займали хворі з проявами фарингіту – 421 (35,53%), бронхіту – 256 (21,6%) та пневмонії – 248 (20,96%). Разом з тим, у 260 пацієнтів (21,91%) захворювання клінічно були представлені різними клінічними діагнозами: гострим ларинготрахеїтом, тонзилітом, бронхіолітом, гастроентероколітом, інфекцією сечовивідних шляхів. Супутня фонова патологія виявлена у 5 дітей (0,4%). Середня тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі склала 3,28 дні. Серед обстежених найбільшу частку склали діти 1-4 років – 467 (39,41%). На другому місці – діти першого року життя – 447 осіб (37,72%). З них пацієнти віком до 3 місяців – 155 (34,68%), 4-6 місяців – 121 (27,07%), 7-9 місяців – 101 (22,6%), 10-12 місяців – 70 (15,66%). Проведений аналіз клінічних проявів захворювань у залежності від віку дітей. У групі пацієнтів віком до 1 року переважало ураження верхніх дихальних шляхів – фарингіт (43,31%), на другому місці – пневмонія (21,32%), на третьому – бронхіт (18,6%), ларинготрахеїт був виявлений у 10,65% пацієнтів (із них явища стенозу наявні у кожного шостого хворого), бронхіоліт – у 2,04%. Серед дітей від 1 до 4 років

домінував фарингіт у 31,4% обстежених, бронхіт – у 20,22%, ларинготрахеїт – у 21,94% (явища стенозу спостерігались у кожного четвертого хворого). У групі пацієнтів 5-9 років фарингіт, бронхіт та пневмонія склали 36,42%, 24,7% та 22,84% відповідно. Серед дітей віком 10-14 років структура патології відрізнялась: бронхіт займав провідне місце (34,85%), пневмонії – 28,79%. У пацієнтів від 15 до 17 років бронхіт діагностовано у 40,48% випадків, пневмонія – у 33,33%.

Висновки: Омикрон-варіант COVID-19 характеризується високою захворюваністю серед дітей як до 1 року життя, так і 1-4 років і складає 37,72% та 39,41% відповідно. Серед дітей віком до 1 року найбільш вразлива категорія – пацієнти перших 3 місяців життя (34,68%). 89,62% пацієнтів із COVID-19 мали прояви у вигляді респіраторних інфекцій. У дітей до 9 років домінують явища фарингіту, в той час як у пацієнтів старшого віку – бронхіти та пневмонії. Коморбідна патологія спостерігалась у 0,4% дітей.

П.В. Далекій, А.М. Дуник

СИНДРОМ БОЛЮ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра педіатрії №1

Мазур О.Г. (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: При проведенні моніторингу, діагностики та лікування захворювань у новонароджених використовується велика кількість інвазивних процедур, чисельність яких збільшується з кожним роком. Це призводить до того, що новонароджений, якому потрібна інтенсивна терапія, часто страждає від болю. Довгий час сприйняття болю новонароджених неонатологи не сприймали всерйоз. На даний час численними дослідженнями виявлено, що нооцептивна система при народженні анатомічно та функціонально добре підготовлена для сприйняття болю, навіть у недоношених.

Мета: Проаналізувати та систематизувати інформацію щодо даної теми з метою вивчення ефективності різних методів оцінювання болю у новонароджених та виявлення найбільш оптимальних, доступних і ефективних засобів профілактики, діагностики болю у новонароджених, які б забезпечували максимальне полегшення больового синдрому у новонароджених і мали мінімальні побічні ефекти.

Методи та матеріали: Ретроспективний системний пошук та аналіз літератури на онлайн-джерелах (база даних PubMed Central, Google Scholar, EMBASE та Cochrane) за 2018-2022 рік.

Результати: Виявлено, що сильний та неодноразовий біль у новонародженої дитини може спричинити розвиток внутрішньошлуночкових крововиливів, ішемії та формує стан постійного стресу чи гіпералгезії, коли будь-який подразник сприймається новонародженим як больовий. Оцінка болю у новонароджених, як відомо, складна через їх фізичний, когнітивний і поведінковий розвиток. Використання шкал оцінки болю забезпечує узгодженість між медсестрами та іншими клініцистами та забезпечує точне вимірювання наявності болю, стресу чи дискомфорту. Ці шкали не тільки кількісно визначають біль, але й можуть забезпечити точне зображення впливу нефармакологічних і фармакологічних втручань на біль у новонародженого. NFCS, неонатальна шкала болю, збудження та садації (N-PASS), шкала COMFORTneo, неонатальна шкала болю у немовлят (NIPS), і шкала FLACC, які рекомендовані для щоденного використання оцінки болю. Поєднання кількох методів нефармакологічної терапії за допомогою мультисенсорної стимуляції виявилось найбільш ефективним у забезпеченні знеболювальних ефектів. Комбінація сахарози-FT для перорального прийому та NNS-пероральної сахарози-FT була найбільш ефективною для зменшення плачу та метушливості новонароджених під час звичайного догляду. Використання комбінації немедикаментозних втручань може досягти більшої ефективності зменшення болю, тому настійно рекомендується для лікування болю у новонароджених.

Висновки: Отже, здійснивши аналіз літератури, можна зробити висновок, існує понад 40 шкал оцінки болю в новонароджених. Проте розробка оптимальних методів оцінки та лікування для зменшення неонатального болю є важливою темою та викликом для неонатологів. Немедикаментозні та фармакологічні втручання слід застосовувати разом один з одним для забезпечення синергічного ефекту знеболювання.

В.В.Єгорова, І.І.Федюра

ПЕДІАТРИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ РОТАЦІЙНОГО ПІДВИВИХУ С1 У ДІТЕЙ. АНОМАЛІЯ КІМЕРЛІ. (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Кафедра педіатрії №2

Г.І.Мантак (к.мед.н., доцент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. Травматизм шийного відділу хребта у дітей шкільного віку переважно провокується заняттями спортом, автомобільними аваріями, падіннями, жорстоким поводженням з дітьми та ін. Вчасна діагностика ротаційного підвिवиху С1 хребця попереджує виникнення запалення, переродження м'язової тканини в сполучну, зменшення обсягу суглобової щілини, а це в свою чергу призводить до попередження ішемії та набряку головного мозку і, як наслідок, різних клінічних змін з боку ЦНС.

Мета роботи: вдосконалення діагностики ротаційного підвिवиху С1 хребця на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції у дітей.

Матеріал і методи дослідження: обстежено хлопчика 8 років, з вірусною інфекцією неуточненою, важкий перебіг та ротаційним підвिवихом С1 хребця та аномалією Кімерлі, який знаходився на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні №2 ВОДКЛ за період 02.-08.02.2023 р. Верифікацію діагнозу проводили за допомогою скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження пацієнтів, лабораторно-інструментальних показників.

Результати дослідження. Хворий 8 років поступив на лікування в педіатричне відділення №2 ВОДКЛ з ознаками ГРВІ. Відомо, що захворів гостро за 3 доби до поступлення в стаціонар, лікувався амбулаторно сімейним лікарем, стан не покращився, що і стало причиною звернення в стаціонар. Окрім ознак респіраторної інфекції, мав виражений головний біль, переважно в лобній та потиличній ділянках, головокружіння, періодичне блювання, яке не приносило полегшення. Дані симптоми періодично турбували протягом останніх \approx 6 місяців, але на тлі вірусної інфекції прояв їх значно посилювався. Влітку хлопчик мав активні заняття спортом. Батьки значно були стурбовані наявністю вказаних симптомів з огляду на те, що за 2,5 роки до цього їхня старша дочка у віці 14 років мала крововилив в головний мозок; на секції – мальформація судин головного мозку. Потрібно відмітити, що на тлі лікування стан дитини значно покращувався, окрім періодичного головного болю, головокружіння та блювання. Серед проведених загальноклінічних, біохімічних лабораторних показників, інструментального обстеження особливих змін не виявлено. Проведено рентгенологічне обстеження С1-С2 сегменту хребта через відкритий рот – діагностовано ротаційний підвिवих С1 вправо. Аномалія Кімерлі. Батьки наполягали також на проведенні МРТ головного мозку в судинному та тканинному режимах з контрастом – зміни, виявлені при проведенні рентгенографії хребта, підтвердилися на МРТ обстеженні; об'ємних утворень та аномалій судин не виявлено. Проведено консультацію неврологом, нейрохірургом, травматологом-ортопедом – накладання комірця Шанца дало позитивний клінічний ефект. Дитина виписана в задовільному стані додому з відповідними рекомендаціям щодо подальшого спостереження.

Висновки: поява головного болю, головокружіння, блювання, які не характерні для основного захворювання, повинні навести думку лікаря на можливість у хворого травми шийного відділу хребта та проведенні рентгенографії та МРТ обстеження.

Р.М. Калужна, О.М. Гапонюк
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ КРІЗЬ СТРІЧКУ СВІТОВОГО КІНЕМАТОГРАФУ
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Науковий керівник – У.А. Глушко (асистент)
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність теми. Від початку свого існування людство зазнало чимало спалахів інфекційних захворювань, які переростали в епідемії, пандемії. Кожне захворювання було викликом, який завдяки спільним зусиллям лікарів, науковців вдалось та вдається побороти, таким чином стимулюючи стрімкий ріст медицини та інфектології зокрема. Вагоме значення в обізнаності населення відіграє Інтернет та телебачення, як основне джерело інформації. Цю можливість використали чимало режисерів, які у фільмах та серіалах знімали стрічку із тою, чи іншою нозологією.

Мета: проаналізувати окремі фільми та серіали із висвітленням перебігу інфекційних хвороб, щоб підтвердити чи спростувати зображення подій у сюжеті.

Матеріали та методи: Було проаналізовано такі захворювання: кір, краснуха, вітряна віспа, дифтерія, правець, поліомієліт, сказ, гарячка Ебола, сибірка, чума, вірус Коксакі, ВІЛ/СНІД та COVID-19. Взяті до уваги такі фільми, серіали та мультфільми: «Tom and Jerry» (2006-2008), «Доктор Хаус» (2004-2012), «Дзеркало тріснуло» (1980), «Сам удома 3» (1997), «Друзі» (1994-2004), «Відчайдушні домогосподарки» (2005-2012), «Furueru shita (Тремтіння язика)» (1980), «Дихай» (2017), «Гаряча зона 1 сезон, 2 сезон» (2019-2021), «Лікар.Учень Авіценни» (2013), «Богемна рапсодія» (2018), «Далласький клуб покупців» (2013), «Зараза» (2011), «COVID-19: Вихід з червоної зони» (2020).

Результати та обговорення. Інфекційні хвороби мають циклічність та здатність повторюватись. Суспільство повинно навчитись використовувати здобутки минулого, тому тема щодо відтворення інфекційних процесів у стрічках кінематографа настільки важлива. За допомогою яскравих сюжетів можна проаналізувати які риси є схожі, а які відмінні у перебігу захворювання.

Висновки: Висвітлення інфекційних хвороб крізь стрічку кінематографа стало новим етапом у розвитку науки та суспільства, адже сприяє проінформованості населення, вмінню вчасно зреагувати та запобігти поширенню інфекційного агента. Проте більшість зображених інфекційних захворювань у кіно є неточними та сіють у суспільстві страх та паніку. Оскільки ми не можемо контролювати їх вміст, то повинні бути напоготові до впливу кіно на трансформацію громадської думки та сприяти поширенню правдивої інформації серед населення.

І.В. Ковальська
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ КАРОЛІ У ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ
Кафедра педіатрії №1
Науковий керівник: доц., к. мед. н. Чекотун Т. В.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром Каролі це поєднання дилатації внутрішньопечінкових жовчних протоків з вродженим фіброзом печінки. Захворювання носить спадковий характер із аутосомно-рецесивним типом успадкування, пов'язане із мутацією гена PKHD1, який кодує білок фіброцистин, який експресується в кортикальних і мозкових протоках нирок, а також у жовчних і панкреатичних протоках. Часто синдром Каролі може бути пов'язаний з аутосомно-рецесивною полікістозною хворобою нирок (ARPKD).

Мета: привернути увагу до даного захворювання та продемонструвати клінічні особливості синдрому Каролі, асоційованого з ARPKD.

Матеріали і методи: Аналіз історії хвороби хлопчика О., віком 1 рік 7 місяців, який знаходився на лікуванні в ВОДКЛ із діагнозом синдром Каролі.

Результати дослідження: Дитина поступила у відділення для дітей раннього віку зі скаргами на блідість шкіри, зниження апетиту, збільшення розмірів живота, вип'ячування пупка протягом 5 місяців. З анамнезу відомо, що хлопчик народився від II вагітності I пологів (I вагітність завмерла на 7 тижні). Вагітність перебігала із загрозою переривання, токсикозом першої половини. Пологи шляхом Кесарського розтину на 41 тижні, маса при народженні 4400 г, зріст 54 см. Стан при поступленні середньоважкий. Вага 10 кг, зріст 75 см. Відмічається затримка фізичного розвитку. Психомоторний розвиток відповідає віку. Голова доліхоцефалічної форми. У дитини широке перенісся, гіпертелоризм, глибока складка під великим пальцем на стопах. Живіт збільшений - печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, селезінка на 2 см. З метою верифікації діагнозу було проведено обстеження на гепатити, цитомегаловірусну інфекцію, а також виключені хвороби лізосомального накопичення. Проведено каріотипування: каріотип 46,XY,t(9;10)(p10;p10)15 – реципрокна транслокація цілих плечей 9 та 10 хромосом. УЗД ОЧП – печінка збільшена, ехогенність паренхіми дифузно підвищена, ехоструктура неоднорідна з гіперехогенними ділянками, множинними анехогенними утвореннями які зливаються. Портальна та печінкові вени 6,6 та 2,3 мм. Нирки збільшені, ехогенність підвищена, структура неоднорідна, кістозні утворення d 6,1-7,5 мм. ФГДС – розширення вен кардіального відділу стравоходу. СКТ ОЧП з контрастуванням – збільшення печінки, неоднорідність структури, розширені внутрішньопечінкові протоки. Нирки бугристі, збільшені, кортикальний шар витончений, паренхіма деформована, множинні кістозні формації. Результати СКТ ОЧП дозволили запідозрити у дитини синдром Каролі. Дитина консультована в Національному інституті раку, де виключили неопластичний процес.

Для ідентифікації гену PKHD1 дитині проведено молекулярно-генетичне обстеження в Сан-Франциско, де виявили ген PKHD1, варіант с.107C>T (p.Thr36Met) heterozygous PATHOGENIC.

Висновки: Враховуючи дані клінічного обстеження, характерні зміни печінки та нирок виявлені на СКТ ОЧП, результати молекулярно-генетичного тестування, у дитини має місце синдром Каролі, асоційований з полікістозною хворобою нирок.

А.В. Комарницька

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ НА ТЛІ COVID-19

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: вроджена цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ) – є однією з найпоширеніших вроджених інфекцій, яка спричиняється герпесвірусом 5-го типу і характеризується несприятливим перебігом, смертність від якої сягає 60-80 % при несвоєчасній діагностиці та лікування. У 90 % дітей вродженою формою спостерігаються глухота, хоріоретиніт з атрофією зорових нервів та зниження інтелекту і порушення мови. Дане захворювання є актуальною проблемою в практиці дитячого інфекціоніста, оскільки не завжди вчасно діагностується лікарями первинної ланки.

Мета: вивчити клініко-лабораторні особливості перебігу вродженої ЦМВІ у дитини на тлі COVID-19.

Матеріали та методи: дослідження проведене на основі аналізу медичної документації, а саме історій хвороб.

Результати: дівчинка 7 місяців, поступила в дитячу інфекційну лікарню зі скаргами на в'ялість, відмову від їжі та підвищення температури тіла до 38.8°C. При лабораторному дослідженні як у матері так і у дитини виявлені Ag COVID-19(+). На основі клініко-лабораторних досліджень встановлено діагноз: COVID-19 середньої важкості, БЕН I-II ст. Основне захворювання дитина переносила не важко, але при об'єктивному обстеженні звернули на себе увагу відсутність фіксованого погляду, косоокість, опускання нижнього правого кута рота, неспроможність утримувати голову та відставання як у фізичному так і в психомоторному розвитку. Прогресування даної симптоматики мати почала спостерігати протягом останніх 2-х місяців. З анамнезу життя відомо, що дитина народжена від I вагітності, яка перебігала без особливостей, але на 9 тижні вагітності мати потрапила в автокатастрофу, була проведена спленектомія. Після народження дитина неодноразово оглядалась педіатром та дитячим неврологом, які вказували на наявність неврологічних порушень, але жодних досліджень на маркери TORCH-інфекцій не проводилось. В загальному аналізі крові дитини спостерігаються лімфопенія та дефіцитна анемія. При проведенні лабораторних досліджень в умовах ВОКДІЛ методом ІФА виявлені IgG CMV-10,785 МО/мм та IgM CMV-0,099 та ПЛР CMV (+), а також у матері методом ІФА виявлені IgG CMV-10,21 МО/мм та ПЛР CMV (+). При УЗ-картині головного мозку – помірне розширення шлуночкової системи. УЗД ОЧП – гепатомегалія. Після проведеного лікування з використанням ганцикловіру у розрахунку дози 12 мг/кг 2 р/добу (46 мг 2 р/добу) курсом 15 днів, віферону 150 тисяч ОД 2 р/добу через день протягом 3 тижнів, L-карнітину були отримані негативні результати ПЛР до CMV.

Висновки: маніфестація вродженої ЦМВІ є досить нечастим явищем, а у 90 % проявляється субклінічним перебігом, і тільки у 10 % випадків перебігає у вигляді генералізованих форм, які проявляються вже з народження. Отже, при своєчасній діагностиці та адекватному лікуванні можна попередити розвиток подальшої інвалідизації дитини.

Б.Р. Комлевий

ПУХЛИНИ СЕРЦЕ У ДІТЕЙ. ТУБЕРОЗНИЙ СКЛЕРОЗ, ФІБРОМА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Кафедра педіатрії №2

В.П. Попов (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пухлинне ураження серця у дітей є станом, що може проявлятися порушенням гемодинаміки, тяжкою серцевою недостатністю та становити загрозу для життя. Своєчасна і точна діагностика, що ускладнена поліморфністю або відсутністю симптомів, вибір правильної тактики ведення пацієнтів з даною групою захворювань дозволяють запобігти ускладненням та зберегти життя хворого.

Мета: На основі проаналізованої літератури та вивчення серії клінічних випадків обґрунтувати необхідність ранньої діагностики та індивідуального підходу до вибору тактики лікування пацієнтів з пухлинами серця на прикладі рабдоміоми, асоційованої з туберозним склерозом, та фіброми лівого шлуночка.

Матеріали та методи: Було проведено ретроспективний аналіз наукової літератури, а також нами спостерігається 4 клінічних випадки пухлин серця, виявлених в неонатальному періоді за допомогою Ехо-КГ. Пацієнтів було направлено на медико-генетичне консультування з метою підтвердження або спростування діагнозу туберозний склероз.

Результат: Рабдоміома, асоційована з туберозним склерозом, та фіброма ЛШ – первинні доброякісні неоплазми. Вони є найпоширенішими пухлинами серця у дітей та підлітків. Рабдоміоми слід розглядати в контексті туберозного склерозу, оскільки за різними даними у 50-80% хворих з рабдоміомою діагностується туберозний склероз. У зв'язку з цим пацієнтам, що мають неврологічні симптоми, характерні для даного захворювання (епілептичні напади,

когнітивні порушення, розлади емоційно-вольової сфери), а також інші прояви захворювання, показане проведення Ехо-КГ. Рабдоміоми часто є множинними, рідше поодинокі; вони мають схильність до спонтанної регресії. Частіше за все уражають вільні стінки шлуночків та МШП. Фіброми найчастіше уражають вільну стінку лівого шлуночка і є солітарними. Клінічні прояви представлених доброякісних неоплазм залежать переважно від їх розмірів, кількості, локалізації та характеру росту. Вони можуть включати СН, викликану зменшенням клапанних отворів, вихідних трактів шлуночків, зменшенням об'єму камер серця, а також розвиток аритмій, обумовлених деформацією провідної системи серця. Золотим стандартом діагностики (в т.ч. і пренатальної) є ехокардіографія. В дослідженнях було показано, що Ехо-КГ дає змогу оцінити розміри, структуру, локалізацію та вплив новоутворення на гемодинаміку та визначити необхідність кардіохірургічного втручання. Тактика ведення таких пацієнтів варіює від динамічного спостереження до радикального кардіохірургічного втручання.

Висновки: Вчасна та повна діагностика, раціональний вибір лікувальної стратегії значно покращують прогноз для даної групи пацієнтів, запобігають проведенню недоцільних оперативних втручань та поліпшують виживаність пацієнтів дитячого віку з неопластичними процесами серця, запобігаючи летальним наслідкам від тяжкої СН та синдрому раптової смерті.

Д.О.Кузнєцова, І.Ю.Артеменко, І.О.Авксентюк, Д.Ю.Гуменюк

БРОНХОЕКТАТИЧНА ХВОРОБА

Кафедра педіатрії №2

О.В.Куцак (к.мед.н., ас.), К.В. Хромих (к.мед.н.,доц.), В.Г. Фурман (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: у сучасній пульмонології певне місце посідає проблематика вроджених і генетичних хвороб легеневої тканини. Попри це, чітке визначення патологічної ланки дає бажаний терапевтичний ефект. Сукупність діагностичних засобів, що включають функціональні, біохімічні, імунологічні, а також радіологічні і клініко-генетичні дослідження, дають можливість ідентифікувати різні форми патології легень. На даний час, спостерігається підвищення поширеності даної патології серед дітей за рахунок покращення діагностичних методів і впливу мутагенних та тератогенних зовнішніх чинників.

Мета: ознайомлення із вродженими і спадковими захворюваннями легень в аспекті педіатрії, особливостями їх клінічної картини, діагностики, лікування та ускладнень.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз наукових досліджень та огляд літератури, розміщеної на PubMed, Scopus, WebofScience, Medline.

Результати: Бронхоектатична хвороба – гнійно-запальний процес у розширених деформованих бронхах зі змінами в перибронхіальному просторі, що призводить до порушення їх дренажної функції, розвитку ателектазів, емфіземи, цирозу в регіонарній зоні паренхіми легень. Дане захворювання є в основі певних генетичних синдромів. Первинна цилиарна дискінезія (синдром Картагенера)- рідкісний аутосомно-рецесивний генетичний розлад, якому притаманні дефекти функціонування війок дихальних шляхів, фаллопієвих труб і джгутиків сперматозоїдів, а також поєднання бронхоектазів із транспозицією внутрішніх органів. Синдром Янга – це поєднання обструктивної азооспермії та рецидивуючих захворювань верхніх і нижніх дихальних шляхів. Синдром Брутона- варіант первинного гуморального імунодефіциту, викликаний мутаціями в гені, що кодує тирозинкіназу Брутона. При рідкісному синдромі Вільямса-Кемпбела повна або часткова відсутність хрящів до периферії від сегментарних бронхів зумовлює свистяче дихання та задишку в грудному віці. Муковісцидоз- аутосомно-домінантний генетичний розлад, при якому обтурується просвіт бронхів в'язким секретом, що є предиктором рецидивуючого запального процесу у ранньому

віці. Ускладнення бронхоектатичної хвороби поділяють на легеневі та позалегеневі. Найрозповсюдженішим з них є емфізема легень, проте найзагрозливішими є емпієма плеври і амлоїдоз внутрішніх органів. Основними напрямками лікування даної патології є антибіотико-, муколітична, дезінтоксикаційна терапія, санація дихальних шляхів і фізіопроцедури. В разі наявності показань до оперативного втручання, проводиться резекція ураженої ділянки легені.

Висновки: Отже, важливість детального вивчення всіх патогенетичних аспектів бронхоектатичної хвороби полягає в можливості розвитку летальних ускладнень. Для запобігання непередбачуваних наслідків захворювання необхідно мультидисциплінарно діагностувати дану патологію та розпочати комплексне лікування.

О. М. Лопушанський, В.В.Бойко

ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЛЕНЕКТОМІЇ ЯК МЕТОДУ ДОСЯГНЕННЯ ТРИВАЛОЇ РЕМІСІЇ У ХВОРИХ НА ІТП

Кафедра педіатрії №2

Г.М. Руденко (к.мед.н., доц.), В.М. Жмурчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура залишається основною причиною виникнення тромбоцитопеній в дитячому віці. У пацієнтів, які не реагують на призначення стероїдних препаратів, у хворих з тромбоцитопенією на фоні зниження дози ГКС та у пацієнтів, які мають стероїдну інтоксикацію методом вибору є спленектомія. Однак, передбачуваний успіх та ризики проведення оперативної корекції в кожному окремому випадку залишаються неповністю з'ясованими, тому постає потреба визначення прогностичних маркерів формування стійкої ремісії у таких хворих.

Мета: дослідити ефективність спленектомії як методу корекції ІТП, а також визначити предиктори формування стійкої ремісії після перенесеного втручання.

Матеріали та методи: в ході роботи проведено аналіз літературних джерел по темі. Використано ресурси PubMed, Google Scholar.

Результати: В ході дослідження А. Parhan (J Pak Med Association, 2014), в якому приймали участь 27 пацієнтів з ІТП, які перенесли спленектомію, було отримано наступні дані: у 88% пацієнтів спостерігалась повна відповідь на проведену процедуру, у 3 % відповідь була частковою, у 9% відповіді на проведену втручання не було. Згідно даних інших авторів (А. Nauni, В. Fegaliti, Acta Haematologica 1993) були отримані наступні показники: повна ремісія – 72%, часткова ремісія – 15%, часткова ремісія за умови подальшої фармакологічної підтримки – 6%, ремісія не була досягнута – 4%. S. Shrinivasan (J Association Physicians 2003) у своїх дослідженнях демонструють наступні результати: через 4 тижні після проведеної спленектомії 82% хворих досягли повної ремісії, 7 %- часткової, 11% - не досягли ремісії. Через 60 місяців після оперативної корекції у 42% прооперованих хворих зберігалась повна ремісія, у 7% — часткова ремісія, у 34% ремісії не було досягнуто, ще 17% вибули з-під спостереження з неуточнених причин. Усіма вищезгаданими авторами відзначається, що лише передопераційна відповідь на введення ГКС та досягнення цільового рівня тромбоцитів $> 300 \times 10^9/\text{л}$ до моменту виписки, а також термін від постановки діагнозу до проведення оперативного втручання виявились статистично значущими (в разі тривалості цього періоду > 6 місяців, результати виявлялись менш задовільними). Вік, стать, вихідна кількість тромбоцитів та інші показники, вірогідно, не мають статистично значущого впливу.

Висновки: спленектомія є відносно безпечною процедурою з мінімальними показниками післяопераційної летальності та відносно високою ефективністю (досягнення ремісії можливо в 70-80% випадків). Статистично значущими предикторами позитивного перебігу віддаленого післяопераційного періоду є досягнення цільового рівня тромбоцитів ($> 300 \times 10^9/\text{л}$) до

моменту виписки зі стаціонару, а також підвищення рівня тромбоцитів після передопераційного введення ГКС та проведення оперативного втручання до 6 місяців від постановки діагнозу.

В.М. Маркевич, В.А. Новоженюк
**ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНИЙ КОЛІТ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ЛІМФОБЛАСТНИМ
ЛЕЙКОЗОМ**

Кафедра педіатрії №2
Г.М. Руденко (доц. к.м.н.)
Т.Г. Король (доц. к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: псевдомембранозний коліт (ПМК) – захворювання кишечника, яке в більшості випадків виникає в результаті тривалої антибактеріальної терапії. Також однією з причин розвитку ПМК є хіміотерапія у хворих з гострим лімфобластним лейкозом, при чому розвивається фульмінантна форма ПМК. Частота виникнення ПМК становить 2 випадки на 10 000 хворих. Оскільки базисне лікування ПМК проявляє низьку ефективність, одним із методів лікування є хірургічна радикальна хірургічна резекція товстого кишечника, летальність після якої може складати близько 30%.

Мета: дослідити зв'язок виникнення псевдомембранозного коліту у дітей з гострим лімфобластним лейкозом які приймають високі дози хіміотерапії.

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури за допомогою пошукових систем PubMed, Medline, Google Scholar.

Результати дослідження: псевдомембранозний коліт виникає при інфікуванні бактерією *Clostridium difficile*. Цей анаеробний мікроорганізм містить фактори патогенності, а саме, ентеротоксин А і цитотоксин В. При індукційній хіміотерапії гострого лімфобластного лейкозу, високі дози препаратів вінкрістину та доксорубіцину призводять до пригнічення анаеробної облигатної частини мікрофлори товстого кишечника. Энтеротоксин А та цитотоксин В мають властивість проникати в клітини кишечника за рахунок пошкодження їх мембран. При цьому відбуватиметься інактивація Rho-білків, яке безпосередньо призведе до порушення структури колоноцитів. Виразки товстої кишки будуть з'являтися через індукування утворення медіаторів запалення, дезагрегація актину та дегрануляція опасистих клітин, що призведе до порушення проникності бар'єру клітин і як наслідок пошкодженнь слизової оболонки. Клінічні прояви при фульмінантній формі ПМК характеризуються діареєю та у деяких випадках закрепамі, але оскільки ця форма розвивається швидко, то може з'являтися перитонеальна симптоматика. При комп'ютерній томографії присутні ознаки потовщення товстої кишки та наявності вільної рідини, що є одним з показів до проведення лапаротомії. При лапаротомії візуально спостерігатиметься наявність некротизованих ділянок на зовнішній поверхні кишки, внутрішня буде мати характерні білувато-жовті бляшкоподібні утворення фібрин на всьому протязі органу. Лікування фульмінантної форми ПМК має малу доказовість та ефективність, тому використовуються радикальне хірургічне видалення некротизованих ділянок, санація та дренивання. У після операційному періоді, для попередження прогресування та виникнення рецидиву, використовується антибактеріальний засіб - Ванкоміцин. Прогноз даного лікування залежить від своєчасного виявлення патології та реактивності організму.

Висновок: Таким чином, досліджено зв'язок виникнення ПМК на фоні лікування гострого лімфобластного лейкозу високими дозами препаратів, які є фактором ризику розвитку фульмінантної форми коліту. Тому слід проводити періодичну ретельну діагностику розладів та порушень травного тракту у дітей з гострим лімфобластним лейкозом.

Д.П. Мартинюк, Ю.М. Федорович
ВПЛИВ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ НА РОЗЛАДИ СНУ В ДІТЕЙ
Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми
Л.Д. Коцур (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Алергічний риніт (АР) є найпоширенішим хронічним захворюванням у дітей, яке викликає погіршення якості життя, дратівливість, втому, розлади сну та порушення когнітивних функцій. За даними ВООЗ на АР хворіють понад 6 млн дітей в усьому світі, серед яких 92% скаржаться на порушення сну, що супроводжується посиленням нічних пробуджень, денною сонливістю, хропінням, диханням ротом, розмовою під час сну, підвищення потовиділення у нічний час.

Мета дослідження: Оцінити та проаналізувати порушення сну в дітей із персистуючим АР.

Матеріали та методи: аналіз наукових джерел у базах даних: Scopus, Web of Science, PubMed, GoogleScholar, анкетування 135 дітей віком до 18 років (44 опитаних з АР, решта – без проявів АР) про вплив АР на розлади сну.

Результати дослідження: Алергічний риніт - це респіраторне захворювання, спричинене запальним процесом, пов'язаним з реакцією гіперчутливості на алергени, до яких суб'єкт чутливий. Клінічно характеризується появою свербіжу в носі, нападами чхання, ринореєю, закладеністю носа. АР є причиною розладів сну у дітей, що призводить до денної втоми та сонливості, тривоги, дефіциту уваги та пам'яті, дратівливості, депресії. АР впливає на сон через підвищений опір носового повітряного потоку, гіпертрофію мигдаликів та аденоїдні вегетації, що є причиною дихання ротом. Все це призводить до розладів сну в дітей. В результаті проведенного дослідження «випадок-контроль» за допомогою анкетування було зібрано дані про стан сну в дітей віком від 0 до 18 років з АР та без нього. Діти з АР (n=44) мали вищу ймовірність хропіння (20,5% проти 3,3 %);, дихання ротом (27,3% проти 5,5 %);, неспокійного сну (45,5% проти 4,4%);, розмови уві сні (13,64% проти 6,6 %);, нічні пробудження(22,73 проти 11%) ніж у тих, хто не мав АР (n=91)

Висновки: за результатами анкетування, діти з АР частіше мають аномальну поведінку під час сну, включаючи хропіння, дихання ротом, неспокійний сон, розмову уві сні. Отже, АР погіршує якість життя та викликає розлади сну в дітей, знижує їх працездатність та негативно впливає на навчальний процес.

К.В. Моренець
**КРИТИЧНА ВАДА СЕРЦЯ: ТРАНСПОЗИЦІЯ ВЕЛИКИХ АРТЕРІЙ, ВИДИ
ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ТА ЗАЛИШКОВА ПАТОЛОГІЯ**

Кафедра педіатрії №2
В.П. Попов (доц, к.м.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: транспозиція магістральних артерій - вроджена вада серця, без хірургічної корекції якої в перший тиждень життя загинуть 30% дітей, а 90% - вмирають до 1 року. Повна ТМА складає 5-7% всіх ВВС, частіше вона спостерігається у представників чоловічої статі (співвідношення хлопчиків до дівчаток - 3:1).

Мета: здійснити огляд літератури задля дослідження основних видів оперативних втручань та аналіз статистичних даних щодо залишкової патології.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз літератури був проведений на основі вітчизняних та закордонних видань, клінічне дослідження включало опитування 35 дітей (та їх рідних), віком від 1 до 17 років, на базі денного стаціонару КНП "ВОДКЛ ВОР"

Результати: ТМА - це аномалія вентрикуло-аортального сполучення, при якому на фоні передсердного situs solitus аорта відходить від анатомічно правого шлуночка, а легенева артерія - від анатомічно лівого шлуночка. При ТМА легеневий і системний кровообіг повністю розділені. Деоксигенована кров циркулює у великому колі кровообігу, а насичена киснем - в малому. Для подальшої життєдіяльності хворого потрібне змішування крові, яке може здійснюватись на рівні овального вікна, відкритої боталової протоки і дефекту міжшлуночкової перегородки.

Основними методами хірургічної корекції є операція Рашкінда та артеріального переключення. Суть процедури балонної атріосептостомії базується на тому, що катетер з балончиком вводять в ліве передсердя через овальний отвір. Балон роздувають рідкою рентгенконтрасною речовиною та різко виймають в правому передсерді, тим самим збільшуючи розмір дефекту. Проте даний вид втручання здійснює лиш паліативний вид допомоги, покращуючи стан дитини на недовготривалий термін.

Наступним і, з етіологічної точки зору, найкращим методом лікування є артеріальне переключення. Операцію виконують в перші 2 тижні життя, коли маса міокарду і тиск лівого шлуночка є достатніми задля забезпечення системного кровообігу. Використовуючи апарат штучного кровообігу розсікають аорту і легеневу артерію навпіл. Далі реімплантують коронарні артерії в початок легеневої артерії, яка стане устям для аорти. До цієї ділянки пришивають власну аорту, а зі шматка аутоперикарду майструють трубку, яка стане новою легеневою артерією. Отже, за допомогою цієї операції досягається істинна корекція анатомічної вади.

Щодо залишкової патології після процедури артеріального переключення на базі КНП "ВОДКЛ ВОР" у 35 дітей було виявлено такі патології : аортальну регургітацію та помірну дилатацію правого шлуночка.

Висновок: Отже, ТМА - це вада серця, яка без хірургічної корекції є летальною. Операція артеріального переключення є найбільш фізіологічним методом лікування, що призведе до повної реабілітації та покращення якості життя.

О.М. Музичук О.Ю. Марлов

ЧИННИКИ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії № 1

О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поширеність захворювання серед дітей зростає стрімкими темпами без ясної на те причини. Згідно з офіційною статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2021 році було зареєстровано понад 1,1 мільйона випадків ЦД₁ серед дітей та підлітків, що є більшим на 3-4% у порівнянні з 2020 роком. Дані Міністерства охорони здоров'я України демонструють подібну ситуацію, так, станом на 2020 р. було зафіксовано понад 27 тисяч підтверджених випадків захворювання.

Мета: Дослідити чинники ризику виникнення ЦД₁ у дітей різних вікових груп.

Матеріали та методи: Проведено аналіз історій хвороби 56 дітей з ЦД₁ за 2022 р. та поглиблено вивчено дані анамнезу дітей із використанням методу телефонного анкетування. Контрольна група складалась із 20 здорових дітей, середній вік яких складає $11,3 \pm 4,3$ років.

Результати: Серед 56 дітей основної групи у $67,9 \pm 0,84$ % було діагностовано вперше виявлений ЦД₁, з яких $85,7 \pm 0,196$ % мали середній ступінь тяжкості з глікемічним контролем високого ризику. У $98,2 \pm 0,18$ % спостерігався кетоацидоз, з середнім показником глюкози в крові при поступленні $17 \pm 6,46$ ммоль/л. Віковий розподіл серед дітей основної групи складав: $18,4 \pm 1,3$ % дітей до 5 років, $34,2 \pm 1,3$ % дітей до 10 років та $47,4 \pm 1,3$ % дітей віком понад 10 років. В основній групі обтяжений спадковий анамнез мали $31,6 \pm 1,24$ % дітей, грудне

вигодовування на 1 році життя спостерігалось лише у $44,74 \pm 2,34$ %, а зміни в мікробіомі були присутніми у $36,84 \pm 1,87$ %. Ці дані достовірно відрізнялися від показників здорових дітей. У контрольній групі дані показники були наступними: $15 \pm 1,8$ % дітей мали обтяжений спадковий анамнез, грудний характер вигодовування на 1 році життя мали $80 \pm 3,75$ % дітей, а у $20 \pm 2,05$ % спостерігались зміни в мікробіомі.

Висновки: Отримані дані свідчать про те, що поряд з генетичною схильністю, штучне вигодовування та зміни кишкової мікробіоти є чинниками ризику виникнення ЦД₁ у дітей. Подальші дослідження необхідно спрямовувати на вивчення патогенетичних механізмів в залежності від цих чинників, з метою удосконалення діагностики, тактики лікування і профілактичних заходів.

І. В. Нікітенко, К. С. Поліщук

НЕКРОТИЗУЮЧИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ (НЕК) НОВОНАРОДЖЕНИХ. АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ З ВИЗНАЧЕННЯМ ПРОВІДНИХ ПРИЧИН ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ

Кафедра педіатрії №1

О. С. Рубіна (доцент, к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: НЕК – одне з найпоширеніших важких уражень шлунково-кишкового тракту у передчасно новонароджених дітей. У всьому світі захворюваність коливається від 6 до 15% усіх дітей, які потрапляють у відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН)

Мета: визначити провідні причини розвитку та фактори ризику НЕК, заходи профілактики розвитку даного захворювання.

Матеріали та методи: огляд вітчизняної та зарубіжної літератури, робота з архівом історій хвороб.

Результати: нами було переглянуто історії хвороб дітей, які знаходилися у ВІТН з приводу некротизуючого ентероколіту. Аналіз проведено за період з жовтня 2019 року по травень 2022 року. Було відібрано 28 історій, структуру захворюваності яких ми проаналізували. Жіноча стать – 54% і чоловіча стать – 46%. За гестаційним віком 22-27 тиж. – 7%, 28-33 тиж. – 43%, 34-36 тиж. – 32%, >37 тиж. – 18%. В розподілі за масою при народженні: >2500 г. – 6, 2499-1500 г. – 13, 1499-1000 г. – 6, <1000 г. – 3. При оцінці за шкалою Апгар розподіл був таким: на 1 хв. – 10-8б. – 14%, 7-5 б. – 78%, 4-3 б. – 4%, 2-0 б. – 4%, на 5 хв. – 10-8б. – 29%, 7-5 б. – 64%, 4-3б. – 3.5%, 2-0б. – 3.5%. Дітей від першої вагітності – 29% , від другої -39%, третьої – 21%, четвертої – 3.67%, п'ятої -3.67% , восьмої – 3.67%. Пологи по рахунку: 1-ші – у 36%, 2-гі – у 46%, 3-ті – у 11% , 5-ті – 3.5%, 7-мі – у 3.5%. Стадії НЕК: I- 21% , II-43%, III-25%, IV-11%. Лікування консервативне спостерігалось в 89%, хірургічне у 11%.

Висновки: Із досліджуваної групи факторами ризику були низька вага при народженні та гестаційний вік (і як наслідок незрілість ШКТ), гіпоксія, внутрішньоутробне інфікування плоду. Найбільшу роль в коморбідності даної групи досліджуваних відігравали: гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, набряк мозку (НМ), вроджена пневмонія, неонатальний сепсис, асфіксія при пологах, рання анемія та жовтяниця. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія та пневмонії були причинами гіпоксії. Номер пологів і вагітності не мав ніякого кореляційного зв'язку з виникненням НЕК. Загроза переривання вагітності також є одним із факторів ризику гіпоксії. Важкість ентероколіту частіше була пов'язана з неонатальним сепсисом, генералізованою ВУІ, НМ. Профілактикою, що мінімізує вплив гіпоксії на незрілий кишечник новонароджених є: призначення антенатальних кортикостероїдів всім жінкам, які мають ризик передчасних пологів протягом 7 днів; використання стандартизованих протоколів ентерального харчування (ЕХ); пропонується проведення годування під час і після трансфузії еритроцитів при лікуванні анемії; уникнення тривалих курсів АБ при стерильних культурах.

Важливими є підходи до вигодовування новонароджених з високим ризиком НЕК, включаючи наступні принципи: мінімальне ЕХ повинно розпочатись протягом перших 2 днів життя, а його розширення може становити 30мл/кг/добу в новонароджених масою тіла понад 1 кг; використання саме материнського молока.

А.А. Паляничка
**РАННЯ ДІАГНОСТИКА ВІДКРИТОЇ БОТАЛОВОЇ ПРОТОКИ У ПЕРЕДЧАСНО
НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №1
М.М. Пугач (доцент, к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відкрита артеріальна протока (ВАП) являє собою сполучення між аортою та легеневою артерією (ЛА) та є однією з найбільш поширених вроджених вад серцево-судинної системи у недоношених новонароджених. Доведено, що на 7-й день постнатального життя протока залишається відкритою 64% немовлят, народжених на 27-28 тижні, та у 87 % дітей, гестаційний вік яких сягає 22-24 тижні. ВАП є небезпечною, так як може викликати різноманітні незворотні ускладнення різних систем та органів й призвести до смерті новонародженого.

Мета: Дослідити клінічні та сонографічні критерії гемодинамічно значимої ВАП.

Матеріали та методи: При виконанні роботи був проведений аналіз наукових публікацій по даній темі за останні 5 років.

Результати: Ехокардіографія проводиться усім недоношеним дітям в перші два дні життя та в динаміці. До основних ознак належить розмір ВАП (у недоношених новонароджених цей показник сягає більш ніж 1,4 мм/кг), зміни гемодинаміки та ступінь легеневої гіпертензії. Для візуалізації протоки дослідження проводиться в В-режимі з використанням режиму кольорового доплерівського картування. При доплерографії спостерігається порушення гемодинаміки: у діастолу кров направляєтся у протоку, реєструється спочатку нормальний кровотік, а потім ретроградний. При гемодинамічно значимій ВАП відбувається збільшення потоку крові в легеневу артерію, що може призвести до збільшення обсягу крові, який повертається в ліве передсердя, це веде до підвищення кисневого навантаження та збільшення лівих відділів серця. За рахунок цих змін розвивається пролапс мітрального клапану та легенева гіпертензія різних ступенів (легкий - градієнт тиску у ЛА менший 30 мм. рт. ст.; середній – 30-50 мм рт. ст.; важкий – градієнт тиску ЛА більше 50 мм рт. ст.). Нерідко при дослідженні сатурації та артеріального тиску (АТ) відбувається значне їх зниження, таким чином, можливі ускладнення у вигляді порушень перфузії внутрішніх органів та тканин.

Висновки: Для ранньої діагностики найбільш інформативною є ехокардіографія. Перевагою цього методу є високоінформативність, неінвазивність, а найголовніше - лікар бачить роботу серцевого м'язу в режимі реального часу. Ехокардіографія проводиться всім недоношеним дітям в перші два дні життя та в динаміці. За допомогою цього методу можна отримати результати стосовно змін гемодинаміки, ступінь артеріальної гіпертензії та безпосередньо розмір ВАП. Це дає можливість сформулювати критерії, які є визначальними для обрання стратегії лікування дитини.

П.Ю. Півень
МУЛЬТИСИСТЕМНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ
Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми
В.С. Олійник (к.мед.н., доцент), Л.О. Ющенко (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Під час пандемії ми стали свідками появи нового незвичайного і важкого запального захворювання, асоційованого з COVID-19, яке вражає переважно дітей та підлітків і характеризується запаленням багатьох органів організму і широким спектром клінічних проявів - мультисистемного запального синдрому (MIS-C). Оскільки перший випадок хвороби зареєстровано усього 3 роки тому, необхідність уміти чітко диференціювати MIS-C від подібних за клінічними проявами захворювань (хвороба Кавасакі, міокардит, синдром токсичного шоку) та призначити відповідну терапію обумовлюють актуальність теми.

Мета роботи: на основі накопичених наукових даних дослідити етіопатогенез, основні клінічні ознаки мультисистемного запального синдрому у дітей та основні принципи лікування.

Методи та матеріали. Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Google Scholar і PubMed Central.

Результати. MIS-C розвивається через порушення регуляції імунної відповіді дитини, що призводить до ендотеліальної дисфункції та гіперзапального стану із подальшою поліорганною недостатністю. Синдром характеризується запаленням в органах усіх систем організму. Уражаються мозок, нирки, серце, очі, легені, шкіра та травна система. Клінічні критерії, визначені Центром з контролю та профілактики захворювань (Centre for Disease Control and Prevention) для MIS-C, включають наявність лихоманки, вік до 21 року, лабораторні результати на користь запалення, ураження щонайменше двох органів, позитивний SARS-CoV-2 IgG або RT-PCR, підтверджений контакт з SARS-CoV-2 протягом 4 тижнів до появи симптомів. Серед серцевих ускладнень виділяють гостре ураження міокарда, зниження фракції викиду, аневризму коронарної артерії, перикардит, дисфункцію клапана, перикардіальний випіт, аритмію, дилатацію шлуночків і тахікардію. Лабораторні результати показали підвищені рівні цитокінів, включаючи IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α , IFN- γ , sC5b-9 (пов'язаний з пошкодженням ендотелію), IL-18, sIL-2R, CXCL9, підвищені рівні білків гострої фази, включаючи CRP і прокальцитонін (PCT), і підвищені маркери пошкодження судин, такі як d-димери та B-натрійуретичні білки. У ході клінічних досліджень встановлено, що ефективними при MIS-C були наступні препарати: внутрішньовенний імуноглобулін, інгібітори інтерлейкінів 1 і 6, фактору некрозу пухлин, кортикостероїди, антикоагулянти. У важких випадках може бути показана екстракорпоральна мембранна оксигенація.

Висновки. Діти з MIS-C, як правило, мають виражені шлунково-кишкові симптоми, ураження серця, гематологічні зміни та підвищений рівень гострофазових реагентів. У них має місце позитивна серологічна реакція на SARS-CoV-2, що свідчить про зв'язок MIS-C із попередньо перенесеною клінічною або субклінічною коронавірусною хворобою чи про наявний підтверджений контакт з SARS-CoV-2. Ефективним підходом до лікування MIS-C вважається симптоматична, протизапальна терапія, попередження виникнення цитокінового шторму та гіперкоагуляції.

І.О. Полянська, Д.М. Собецька

НЕОНАТАЛЬНИЙ СКРИНІНГ. СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА РЕАЛІЇ УКРАЇНИ.

Кафедра педіатрії №2

І. І. Андрікевич (к.мед.н., доцент) В.М Жмурчук (PhD, асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Неонатальний скринінг є одним із основних завдань педіатрії та неонатології. Адже при виявленні на ранніх стадіях певних хвороб можна провести ефективну терапію, що призведе до зменшення летальності та профілактики інвалідності у дітей.

Мета: Оглянути, вивчити, узагальнити, порівняти та поширити актуальну інформацію про неонатальний скринінг в Україні та світі.

Матеріали та методи: Під час дослідження даної теми нами було опрацьовано ряд джерел з наукометричних баз, таких як: Scopus, UpToDate, PubMed та інші, з яких ми отримали інформацію по даному питанню.

Результати: Неонатальний скринінг – це дослідження новонародженої дитини для виявлення спадкових захворювань на ранніх етапах. До недавнього часу в Україні проводився скринінг на 4 захворювання: муковісцидоз (МВ), адреногенітальний синдром (АГС) фенілкетонурию (ФКУ), вроджений гіпотиреоз (ВГ).

Згідно закону «Про впровадження розширеного неонатального скринінгу в Україні» від 04.08.2022 № 1396 даний список розширився до 21 захворювання. У зв'язку із воєнним станом в Україні, даний закон вступив в силу пізніше зазначеного терміну, а саме із 1 жовтня 2022 року. На відміну від України, у країнах Європейського союзу та США запроваджена інша панель скринінгу новонароджених. Так, в США перевіряють новонароджених на 61 захворювання. Їх перелік залежить від штату та законів, фінансових витрат на скринінг, доступність лікування, подальшого спостереження та частоти певного захворювання у цій місцевості. HRSA (Health Resources and Services Administration) видала рекомендації на скринінг для 35 захворювань, які відомі як "основна панель". Все ж основними лишаються фенілкетонурия, галактоземія, муковісцидоз, гіпотиреоз та серцево-судинні захворювання. Якщо говорити за Великобританію, то там основними захворюваннями, на які проводиться перевірка, є фенілкетонурия, гіпотиреоз, муковісцидоз, таласемія та глютеніна непереносимість. Хоча 2014 році цей список доповнився рекомендаціями аналізів на глутарадцидурию 1 типу, гомоцистинурию, ізовалеріанову ацидемію та лейциноз. У Польщі, за державною програмою, новонароджених обстежують на дефіцит біотинідази, спінально-м'язову атрофію, муковісцидоз, фенілкетонурию, вроджений гіпотиреоз, вроджену гіперплазію кори наднирників, а також проводяться тести на рідкісні порушення обміну в напрямку 24 дефектів жирового та білкового обміну.

Висновки: Скринінгові програми в Україні та світі відрізняються. Насамперед це залежить від фінансування, яке може дозволити собі країна виділити на дані дослідження та поширеність певних хвороб на території, а також можливість їх корекції, що визначає доцільність тестувань. На даний час в Україні скринінгова панель розширена до 21 захворювання, що допоможе вчасно діагностувати, коригувати та максимально покращити рівень життя дітей з вродженими захворюваннями.

О.П. Ридчук, В.О. Сандул

ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

О.В. Лисунець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вперше питання порушення прикусу у дітей виноситься на обговорення в учнівському колективі та в батьківському колі внаслідок виникнення естетичної та медичної сторони даної проблеми. Слід звернути увагу на розвиток зубощелепного апарату в період формування тимчасового прикусу.

Мета: Дослідити фактори ризику, які впливають на виникнення зубощелепних аномалій та деформацій.

Матеріали і методи: Для вирішення поставленої мети нами було проведено анкетування 90 дітей старшого шкільного віку, котрі перебувають на стадії формування постійного прикусу (54 дівчинки та 36 хлопчиків, середній вік $12,5 \pm 0,5$ років), щодо патології прикусу. Анкета складалася з 3 частин: блок А – демографічний статус, блок В – обізнаність респондентів і блок С – поширеність шкідливих звичок. Метод дослідження різних видів звичок в ортодонтії

- за методикою В.П. Окушко. Обізнаність респондентів дає змогу виявити поширеність шкідливих звичок, що мають вагомий вплив на формування зубощелепного апарату.

Для розуміння картини поширення вроджених і набутих аномалій зубощелепного апарату було проведено аналіз моніторингу стану прикусу у пацієнтів, що спостерігалися лікарями-ортодонтами на базі клініки ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Аналізувалися дані наступних блоків: блок А - демографічний статус, блок В - причини виникнення аномалій в ембріональному періоді й деформацій в постембріональному періоді, блок С - порушення прикусів за класифікацією І.Л. Злотника.

Результати: За результатами опитування найчастішими звичками є:

- смоктання та прикушування губ, щік, різноманітних предметів – 34 дитини (37,8%);
- клацання насіння зубами – 29 (32,2%);
- звичка жування на одному боці – 27 дітей (30%).

Результати аналізу моніторингу стану прикусу засвідчують великий відсоток пацієнтів (понад 70%), що мають деформації та аномалії зубощелепного апарату. Серед таких порушень переважають перехресний, прогнатичний і глибокий, рідше зустрічаються прогенічний і відкритий прикуси. Близько 60% дітей мають вроджений неправильний прикус.

Висновки: Велике значення в розвитку зубощелепних аномалій має спадковість. На формування зубів в ембріональному періоді впливають чимало факторів: харчування і звички вагітної жінки, застосування антибіотиків, стреси. Приблизно 20% усіх зубощелепних аномалій виникають в постембріональному періоді та пов'язані зі шкідливими звичками (смоктання та прикушування губ, щік, клацання насіння зубами). Тривале смоктання соски чи пальця формує відкритий прикус; недостатнє жування - прогнатичний прикус; прикушування губ, клацання насіння зубами - перехресний прикус.

С.О. Сазонова, К.П. Степанець

АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ДОКОРМУ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

В.С. Олійник (доцент, к.мед.н), Л.О. Ющенко (доцент, к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: в Україні лише 19,7% дітей шестимісячного віку перебувають виключно на грудному вигодовуванні. При необхідності, раціональним є переведення дитини на змішане вигодовування зі збереженням материнського молока в раціоні та самого процесу прикладання до грудей, адже це має суттєвий вплив на формування та підтримання здоров'я дитини. Наразі існує велика кількість методів докорму, як традиційних, більш доступних для використання, так і новітніх, кожний з яких має свої переваги і недоліки.

Мета: провести аналіз використання альтернативних методів докорму у дітей перших шести місяців життя та показання до догодовування зі сторони матері і дитини.

Матеріали та методи: результати анонімного анкетування 50 жінок, які мали дітей до 6 місячного віку. Під час опитування визначали причини введення докорму, способи введення та інше. Аналіз наукових публікацій баз PubMed, médecine/sciences, протоколи Академії медицини грудного вигодовування.

Результати: за даними опитування основною причиною початку ведення докорму була недостатня кількість грудного молока (63,2%). Показаннями до введення докорму зі сторони матері можуть бути затримка секреторної активації, первинна залозиста недостатність, патологія молочної залози, що призводить до недостатньої продукції молока та інші. А зі сторони немовляти - асимптоматична гіпоглікемія, що не корегується частим і належним годуванням грудьми, значне зневоднення, надмірна втрата ваги більше 75-го перцентилія за віком, затримка випорожнення кишківника, гіпербілірубінемія. Більшість опитаних жінок (56,0%) використовували суміш для годування, після чого переходили повністю на штучне

вигодовування, тоді як зціжене молоко використовували лише 7,4% матерів. З існуючих методів докорму жінки використовували: системи для догодовування біля грудей, догодовування по пальцю, за допомогою чашки, ложки, піпетки, шприца чи годування з пляшечки. Слід зазначити, що найбільш поширеними методами були докорм за допомогою пляшечки (32,6%) та ложки (21%). До того ж догодовування, окрім головної мети – нагодувати дитину, має бути способом оптимізувати кількість молока у матері. Але, як показало дослідження, всього 15,2% жінок використовували методи покращення лактації і ніхто з опитаних не відновив повністю грудне вигодовування після введення докорму.

Висновки: рішення про введення докорму має приймати лікар індивідуально для кожної конкретної дитини; переважна більшість жінок мали дефіцит грудного молока, що стало причиною введення докорму; найкращим продуктом докорму є материнське або донорське молоко; третина опитаних жінок проводили догодовування з пляшечки, в той час коли існує ряд інших методів, які мають свої переваги та сприяють підтримці грудного вигодовування.

Я.В. Слесарчук, Ю.О. Гончарук, К.М.Пономарчук, Р.А.Рузанкова
СИНДРОМ НІЙМЕГЕНА В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д.мед.н, проф.), Н. І. Сінчук (к.мед.н., доц.), В.Г. Фурман Г.Г. (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Первинні імунodefіцити (ПІД) – це група орфанних захворювань, що пов'язані з генетичним дефектом однієї чи кількох ланок системи імунітету. В більшості країн ПІД залишаються недодіагностованими, зважаючи на те, що це потребує значного матеріального забезпечення. Існує понад 430 форм ПІД у світі, в Україні живуть пацієнти з понад 150 формами. Синдром Ніймегена – це комбінований ПІД, який є поширеним серед слов'ян у Західній Україні, Східній Польщі, Чехії. Частота виявлення досить висока 1: 150 000, хоча у світі цей показник сягає 1:1 000 000. Внаслідок дефекту обох ланок імунітету у пацієнтів з синдромом Ніймегена спостерігаються часті інфекційні, аутоімунні захворювання, а також хворі мають підвищену схильність до онкопатології. У зв'язку з цим надзвичайно важлива діагностика як самого синдрому Ніймегена, так і його ускладнень.

Мета: Ознайомлення з синдромом Ніймегена в педіатричній практиці, особливостями клініки, діагностики, лікування та профілактики ускладнень.

Матеріали та методи: Огляд та аналіз даних міжнародних наукових джерел, баз даних «PubMed», «Google Scholar», «Web of Science» за 2017 - 2022 роки на тему «Поширеність синдрому Ніймегена, клінічні прояви, методи діагностики та лікування у дітей».

Результати: Синдром Ніймегена - аутосомно-рецесивне захворювання, що відноситься до комбінованого ПІД, причиною виникнення якого є дефект гену NBN, що відповідає за утворення білка нібрину (Nbs1), який є складовою протеїнового комплексу MRN і регулює репарацію ДНК після пошкодження радіацією, процесів мейозу. До основних проявів належать: мікроцефалія, дисморфічне («пташине») обличчя, дефекти розвитку скелета, різні дерматологічні прояви. Внаслідок дефекту імунітету діти часто хворіють інфекційними захворюваннями та є підвищений ризик виникнення онкозахворювань (у 50 разів), а лімфоми (у 1000 разів), ніж в середньому у популяції. До обов'язкових методів діагностики відносять: оцінка фізичного та нервово-психічного розвитку (наявне відставання у фізичному розвитку, але розумова діяльність мало порушена), імунологічні дослідження (зниження рівнів Т-, В-лімфоцитів, Ig), генетичне тестування. Оскільки діти із синдромом Ніймегена надзвичайно чутливі до радіації (під її впливом Х-хромосома є нестабільною та руйнується) проведення рентгендіагностики у пацієнтів обмежене. Рекомендують використовувати УЗД, МРТ та ендоскопію. Етіотропне лікування не розроблене, тому головним завданням лікаря є вчасне діагностування, контроль імунного статусу та попередження ускладнень. Напрямки лікування

включають: замісну терапію імуноглобулінами, антибіотикотерапію, трансплантацію гемопоетичних клітин та поліхіміотерапію.

Висновки: Отже, на сьогодні є дуже актуальною проблема вивчення синдрому, зокрема, раннє виявлення патології для уникнення шкідливих методів досліджень, визначення імунологічних прогностичних факторів для профілактики розвитку інфекційних, аутоімунних та онкологічних ускладнень, а також підходів до оптимізації терапії синдрому Ніймегена.

А.А. Ткаченко, В.О. Просвітлюк

ПЕРЕБІГ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ДІТЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ ВІДДАЛЕНІ НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ

Кафедра педіатрії №1

О.Г.Мазур (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ускладнення перинатального періоду можуть вплинути на розвиток нервової системи дитини і призвести до різних неврологічних наслідків. Деякі з них можуть бути виявлені негайно після народження, тоді як інші можуть виявитися пізніше, наприклад, у шкільному віці або навіть дорослому віці.

Мета: Визначити перинатальні фактори ризику віддалених неврологічних ускладнень у дітей.

Матеріали та методи: Нами ретроспективно опрацьовано 43 виписки амбулаторного хворого.

Результати: Серед обстежених дітей 22 хлопчиків (51,1%) та 21 дівчинка (48,9%), $p < 0,05$. Доношених було 21 дитини (48,8%), 22 дітей (51,2%) народились передчасно (< 37 тижнів). Середній гестаційний вік склав $35,4 \pm 0,59$ тижнів.

Більшість дітей народилися від I-II вагітності, 30 (69,8%) і 13 дітей від III і більше вагітностей (30,2%). Від I-II пологів народилося 36 дітей (83,7%), 7 дітей (16,3%) від III і більше пологів.

У 26 жінок (60,5%), вагітність протікала без ускладнень, у решти 17 (39,5%) з ускладненнями, ($p > 0,05$). Серед найбільш частих ускладнень вагітності спостерігалися загроза переривання у 11 жінок (64,7%), токсикоз у 2 (11,7%), анемія у 2 (11,7%), ГРВІ у 1 (5,8%), низька плацентажія у 1 (5,8%). Ускладнення пологів спостерігались у 9 жінок (20,9%), найчастіше – обвиття пуповиною у 5 (55,6%), маловоддя у 2 (22,2%), прогресуюче багатоводдя у 2 (22,2%).

У більшості дітей стан при народженні був задовільний, 12 дітей (27,9%) народилися в стані помірної асфіксії, 6 дітей (13,9%) у стані тяжкої асфіксії. В неонатальному періоді були виявлені наступні патологічні стани такі як, гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС у 13 дітей (39,3%) вроджені вади розвитку у 11 дітей (33,3%), ВУІ у 5 дітей (15,1%), хромосомні хвороби у 4 дітей (12,1%). 11 дітей (25,6%) потребувало лікування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії.

Висновки: У дітей з віддаленими неврологічними ускладненнями частіше спостерігаються фактори ризику під час перинатального періоду, такі як ускладнений перебіг вагітності і пологів у матері, передчасне народження, ускладнений неонатальний період. Визначення перинатальних факторів ризику може допомогти в розумінні та попередженні віддалених неврологічних ускладнень у дітей, зокрема, церебрального паралічу, епілепсії та інших порушень нервової системи.

О.Ю. Фіненко
СУЧАСНИЙ ПЕРЕБІГ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: вірусний гепатит А – інфекційне захворювання з високим ступенем поширеності. За даними ВООЗ, щороку в світі реєструється близько 1,4 млн випадків. В Україні за 2019 рік було зареєстровано 3172 випадків, і порівняно з попереднім роком захворюваність зросла на 14,6 %. В Україні імунізація проти гепатиту А не входить до календаря щеплень, але за рахунок введення в практику щеплень проти вірусних гепатитів як А, так і В, частота гострих форм захворювання різко зменшилась (за 2018-2022 рр. у КНП «ВОКДІЛ ВОР» зареєстровано 5 випадків гепатиту А). Найчастіше вірусний гепатит А у дітей проходить у безжовтяничній формі та досить рідко у маніфестній.

Мета: з'ясувати особливості перебігу вірусного гепатиту А на прикладі демонстрації клінічного спостереження.

Матеріали та методи: аналіз історії хвороби пацієнтки на базі КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня ВОР».

Результати: хвора О., 8 років, 9.12.2022 р. поступила в дитячу інфекційну лікарню зі скаргами на слабкість, біль в животі, жовтяницю склер, шкіри та піднебіння, головний біль при підйомі температури до 37,1°C і вище. З анамнезу за 4-5 днів у дитини з'явилась іктеричність, змінився колір сечі (став темнішим), почав боліти живіт переважно в правій половині. Хірургічну патологію було виключено. При об'єктивному обстеженні печінка +2 см, чутлива при пальпації. Попередній діагноз: гострий гепатит неуточнений. З метою диференційної діагностики проведені дослідження та виключено псевдотуберкульоз, кишковий ієрсиніоз, лептоспіроз, COVID-19-, HBV-, HCV-, CMV-, EBV-гепатити. Натомість виявлені антитіла IgM до HAV. Лабораторні обстеження показали значне збільшення рівня загального білірубіну (162,45 мкмоль/л) за рахунок прямого (106,0 мкмоль/л) та непрямого (56,45 мкмоль/л) білірубіну, АлАТ (1213 Од/л), АсАТ (562 Од/л), ГГТ (212 од/л), ЛФ (485 од/л). Заключний діагноз: гострий вірусний гепатит А (анти-HAV IgM +), жовтянична форма, важкий перебіг. Було проведено лікування у вигляді базисної терапії, що включала ліжковий режим, дієтичне харчування, застосування сорбентів, ферментів, пробіотиків та лактулози. Пацієнтка виписана зі стаціонару на 12 день з покращенням та з подальшим наглядом сімейного лікаря.

Висновки: на сьогоднішній день у стаціонарі спостерігаються поодинокі випадки гострих вірусних гепатитів. Приблизно 90 % дітей інфікуються вірусом гепатиту А до 10 років і захворювання у них перебігає у вигляді безжовтяничних, стертих та субклінічних форм. Лише в 10 % випадків виникає маніфестна форма, що мала місце у нашої пацієнтки, і яка характеризується типовими клінічними ознаками (жовтяниця, зміна кольору сечі, інтоксикація) та переважно швидкою регресією симптомів і одужанням.

В.В. Харченко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.О. Фік (к.мед.н., доцент),

Я.А. Медражевська (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: COVID-19– це гостре респіраторне захворювання, що спричиняється коронавірусом SARS-CoV-2. На сьогодні вивчені слідуєчі штами: гамма, дельта, омікрон.

Наразі у світі шириться нова мутація Omicron ХВВ.1.5 коронавірусу SARS-CoV-2, яка має неофіційну назву Kraken. Він у п'ять разів швидше передається, ніж перша варіація Omicron, і вражає тих, хто був вакцинований та/або раніше перехворів на коронавірус. Станом на 1.03.2023р. (згідно центру громадського здоров'я МОЗ України) шість областей мають підтверджений варіант нового штаму: Сумська, Закарпатська, Тернопільська, Одеська, Черкаська та Львівська області.

Існує думка, що на даний час майже кожна людина у світі перехворіла на COVID-19 лише прояв захворювання був різним: з наявною клінічною симптоматикою або безсимптомно. Ця хвороба особливо небезпечна для людей зі зниженим імунітетом, наприклад, по причині ще недостатньої сформованості, яким він і є у дітей, або у людей з патологічною імунною відповіддю. Питання як забезпечити зменшення рівня захворюваності на COVID -19 та знизити рівень ускладнень цікавлять інфекціоністів з усього світу. Тому, вивчення даних про особливості перебігу захворювання залежно від віку, статі, супутніх патологій, штаму вірусу, та інших факторів впливу - важливі для вчасної діагностики та лікування хвороби.

Мета: дослідити рівень захворюваності у дітей залежно від віку; статі, найбільш часті скарги, що були в пацієнтів з діагнозом COVID-19; які клінічні прояви, що хворіли на COVID-19 та як часто.

Матеріали та методи: статистичний метод, використовувались 60 історій хвороб пацієнтів Вінницької обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні за період від 11.2022 до 02.2023.

Результати: 1) після аналізу історій хвороб пацієнтів Вінницької обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні (період від 11.2022 до 02.2023) було встановлено, що на COVID-19 перехворіло 25 (41%) дітей грудного віку; 19 (31,2%) – переддошкільного віку; 7 (11,5%) - дошкільного віку; 6 (9,8%) пацієнтів молодшого шкільного віку та – 4 (6,5%) старшого шкільного періоду

2) кількість хворих залежно від статі: 31 (50,8%) дівчат та 30 хлопчиків (49,2%);

3) серед скарг спостерігалися: підвищення температури тіла на рівні фебрильно– піретичних цифр - у 56 (91,8%) пацієнтів; у 35 (57,4%) був сухий кашель, що проявлявся повноцінним кашлем, або слабким покашлюванням; 21 (34,4%) дітей мали нежить. Спостерігались у 11 (18%) пацієнтів випадки враження травної системи, а саме: блювання, випорожнення з домішками, проноси, болі в животі, відсутність або зміни апетиту - 10 (16,3%), відмова дитини від пиття у 4 (6,55%).

4) серед клінічних проявів захворювання переважали випадки враження верхніх дихальних шляхів: 20 (32,8%) пацієнтів - «гострий фарингіт», 13 (21%) - «ларинготрахеїт»; 6 (9,8%) - «ринофарингіт», 4 (6,5%) - «тонзилофарингіт». Але немала кількість пацієнтів з COVID-19, мали враження нижніх відділів дихальних шляхів, у них був виставлений діагноз «негоспітальна пневмонія» - 8 (14,75%). Також у 4 (6,55%) дітей була зафіксована гостра кишкова інфекція.

Висновки: до COVID-19 є найбільш вразливими діти до 6-ти років (83,7%). У 91,8% основною скаргою є лихоманка; наявність сухого кашлю у 35 (57,4%).

***ТЕРАПЕВТИЧНИЙ
НАПРЯМ***



INTERNAL MEDICINE

MD Danish Arzoo, Deeksharaj Akela, K.S. Burdeyna
**SNAP RISK FACTORS AS PREDICTORS OF EARLY DEVELOPMENT OF
CARDIOVASCULAR DISEASES**

Department of Internal Medicine N I

M.S. Nazarova (MD, PhD, assistant), L.V. Burdeyna (MD, PhD, docent), A.V. Ivankova (MD,
PhD, assistant)

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia Ukraine

Actuality: Cardiovascular diseases can occur at any age. Lifestyle Choices like unhealthy diet, sedentary lifestyle, smoking, drinking, increase in stress levels and poor sleep schedule are putting them at great risk for cardiovascular diseases very early in their life. Many of the conditions like obesity, hypertension and dyslipidemia that eventually lead to the development of heart conditions are being seen in individuals at very young age.

Goal: To investigate the level of risk of cardiovascular diseases among students of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University (VNPMMU).

Material and methods: We investigated 73 Ukrainian and English speaking young people who study at VNPMMU with middle age $23,0 \pm 2,30$ (M+m) years (including 50, 7% male, 49,3% female). All the people who were investigated passed through two questionnaires. First Questionnaire looked into the smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP) risk factors and second one was about Generalised Anxiety Disorder - 7 (GAD - 7). To investigate the level of risk of cardiovascular diseases among students of VNPMMU. Statistical processing was performed in MS Excel.

Results: After analyzing the data, we noticed that men (45,9%) smoke more than women (33,3%). Ukrainian-speaking male students smoke more than English and usually it is half a pack of cigarettes a day. It should also be noted, that most students start smoking when they enter university. Body mass index (BMI) of students equal $23,5 \pm 4,03$ kg/m². 57.5% of young people have a normal BMI, but at the same time 38.4% are overweight/obese. The majority of students (42.5%) drink alcohol only on special occasions. Men drink more often and larger amount than women. 49.3% of students do physical activity 1-3 times a week, and 27.4% do not active at all. English-speaking students prefer jogging and walking, while Ukrainian students — home workouts. Most Ukrainian students sleep 5-6 hours, and English-speaking students sleep 7-8 hours. 72.6% of interviewed students eat fried, junk food and fast food 1-2 times per week. On the other hand, it should be noted that a third of patients do not drink coffee at all, and another third drink only 1 cup of coffee a day. Many diseases are genetically determined, that's why we surveyed our students for the presence of arterial hypertension, coronary heart disease, diabetes and others - 67.1 % have a family history.

Conclusions: The result of study indicated that several risk factors and their combination that can lead to the early development of cardiovascular diseases were found in students.

Md Danish Arzoo, Deeksharaj Akela
A CLINICAL CASE STUDY OF OCCUPATIONAL BRONCHIAL ASTHMA

Department of Internal Medicine N2

O. V. Zviahia (PhD, assistant)

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: Occupational bronchial asthma is a type of asthma caused by exposure to inhaled irritants in the workplace and occurs with a frequency of 1 : 1000 to 1 : 100 among the total number of people. OBA is often a reversible condition, which means the symptoms may disappear when the irritants that cause the asthma are avoided. However, permanent damage can result if the person experiences prolonged exposure.

Goal: To present a clinical case of the effectiveness of OBA treatment through therapeutic and physiotherapy approach.

Materials and Methods: A 29 year old man from Ranchi, India working in Wallpaper factory for about 5.5 years was hospitalised in the Pulmonology department with symptoms of an acute attack of bronchial asthma after engaging in mixing PVC dust into plasticisers. He was examined (Anamnesis morbi and vitae were taken, CBC, Blood analysis, Spirometer, Chest X-ray and neurological status was checked). A survey was also conducted using the Asthma Control Test (ACT) and the Asthma Control Questionnaire (ACQ) at hospitalization, on the 10th day of pharmacotherapy and 10 days after combined treatment with physiotherapeutic methods.

Results: When he visited the doctor with dyspnea, he was diagnosed with an acute asthma attack based on wheezing, a forced expiratory volume in one second (FEV1) value that was 74% of the predicted value and 90% sputum eosinophils. Chest X-ray showed no abnormalities. Blood tests revealed a WBC count of 8,200/gL (neutrophils 61.1%, lymphocytes 27.6%, eosinophils 4.4%) and a haemoglobin level of 14.2 g/dL. The serum total IgE level was increased to 246 IU/L (reference range 0-114 IU/L). Skin prick tests with 55 common inhalant allergens were negative. Intradermal tests with 0.1mg/mL PVC elicited a positive. The Final Diagnosis was "Professional Bronchial asthma, persistent course, medium severity, uncontrolled, mild exacerbation". He was treated with Budesonide ICS 100 mcg, Ipratropium 20 mcg, Salbutamol 100 mcg and Montelukast 10 mg. He was sent to physiotherapists for additional treatment. The physiotherapists suggested 10 days of treatment in their department. According to "Essentials of Cardiopulmonary physical therapy" physiotherapy management included breathing retraining technique, respiratory muscle training, removal Of secretions, range of motion exercises, education of situation. At the initial examination, the ACT was 14 points. After 10 days of drug treatment, ACT became 18 points (improved by 22.3%). After 10 days of combined treatment with pharmaceuticals + physical therapy, ACT became 23 points (39.2% better than the starting indicator), ($p < 0.05$). ACQ at the beginning of treatment was 1.56, against the background of pharmacotherapy - 0.85, with combined treatment - 0.72 ($p < 0.05$).

Conclusions: Allergen elimination plays a key role in the treatment of occupational asthma. However, for more effective treatment, it is worth prescribing physiotherapeutic methods that reliably improve asthma control.

Sneha Mishra, Jatin Bhola

MODERN TRENDS OF SMOKING AMONG YOUNGSTERS

Department of Internal Medicine №1

Oksana Poberezhets (PhD, associate Professor)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Actuality: Smoking is a risk factor for many different diseases. Understanding the concept of cigarette smoking can help people develop their knowledge with regard to smoking and its cessation. A quantitative survey can help to highlight this concept.

Goal: To examine the popularity of smoking among youngsters. To study when and why people do start smoking. To understand modern trends of smoking.

Materials and methods: This is a random survey of 136 people from India, Pakistan, Nigeria and Ukraine. The data was collected anonymously with the help of Google form questionnaire. Collected data was then converted into pie charts and graphs for evaluation and conclusion.

Results: Our survey included 136 participants out of which 85 were male (62.5%), 51 were females (37.5%). Out of all the respondents 45 people (33%) were smokers and 91 (67%) were nonsmokers. Most of the people 72.8% (99 people) were college going, 24.3% (33 persons) of them were passout/working and 2.9% (4 people) were school going students. Most part of people (34 person - 75.5%) started smoking between the age of 18-25, only 9 persons (20%) started smoking before 18 years of age and 2 people (4.5%) started after 25 years of age. We asked who influenced the participants to smoke and found that 27 people (60%) were influenced by friends, 13 people (28.9%) by themselves, 4 persons (8.9%) due to work environment and only 1 person (2.2%) by social media.

Among 45 the smokers 24 people (53.4%) were cigarettes smoking; 13 people (28.9%) were smoking cigarettes, vape and hookah together; 4 persons (8.9%) preferred cigarettes and hookah smoking; 2 persons (4.4%) were smoking only vape; there was only 1 hookah smoker (2.2%) and 1 person (2.2%) preferred both cigarettes and vape. Smokers were asked about their opinion towards their partners smoking, 26 respondents said they don't mind (57.8%), "I don't like" answered 17 people (37.8%), "I like" answered 2 people (4.4%). Among all respondents 101 people (74.2%) were taught about side effects of smoking in school/college out of which 62 people (45.6%) do not smoke, 39 people (28.7%) smoke; out of 20 people (14.7%) who were not taught about side effects of smoking 14 people (10.3%) do not smoke, 6 people (4.4%) smoke and 15 people (11%) did not respond. That indicates that creating awareness early can play an important role in preventing people from smoking.

Conclusion: We discovered that among the all respondents most of them (67%) were non smokers. It may mean that youngsters are taking care of their health nowadays, maybe it because by education of the people, as most part of them were students (72.8%). We observed that people who were taught about consequences of smoking in their school/college were mostly non smokers (61.3%). We checked, that people started smoking mostly in early age of 18-25 years old (75.5%) and even early (4.5%) and they have done it mostly by influence of their friends (60%). Most preferred form of tobacco smoking is traditional cigarette (53.4%).

Sogebi Mofiyinfoluwa Oluyemisi, Odulate Olawale Oluwatise

THE IMPACT OF ONE YEAR OF WAR ON EDUCATIONAL ACTIVITY AND EMOTIONAL STATUS AMONG OF FOREIGN HIGHER EDUCATION APPLICANTS IN UKRAINE

Physiology Department

Scientific Supervisor – T.Mamontova (PhD, Associate Professor)

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Introduction. The war in Ukraine has resulted in more than 665,000 students and over 25,000 educators of Ukrainians fleeing to neighbouring countries or displacement inside country that had a significant impact on education service delivery, along with destruction of higher educational facilities. The war has had a significant impact on the development of personality, motivation to education among students of Ukrainian universities

The aim was to study the effect of 1 year of war on educational activity and psychological state among students of Ukrainian universities.

Methods. A survey of 50 respondents who studied at Ukrainian higher educational institutions from the January - February 2023 was conducted with receiving socio-demographic data. Questionnaire PHQ-9 for detection of psychological health and depression, Voluntary consent was obtained from all participants. Statistical analysis of the data, χ^2 correlation analysis.

Results. Respondents aged 17 to 26 took part in the study, the average age was 20.8 ± 0.2 , 42.7% were female. At the beginning of war in Ukraine, respondents studied at universities and obtained bachelor's and master's degrees from 1st to 6th courses (87.4%). 35% students spend 3 to 5 hours on online learning every day

War significantly influenced on the rethinking students about educational activity. Since the beginning of war, interest to education has decreased among half of the respondents. The main motivation factor among girls remained recognition of the value of the achieved result, whereas among boys - a loss of priorities in motivation. After 1 year of war all Ukrainian students feel different level of stress and noted a decreased level quality of life. Severe depression have 12.9% of girls and 1.4% of boys, extremely severe depression - 10% of girls and 4.3% of boys. The level of mental health component was decreased more significantly than the physical health component of life. The negative changes in the mental component of health were particularly noticeable in young women, in contrast to young men.

Conclusions. The war had a negative impact on the psychological state and quality of life of student that caused significant demotivation for scientific work. Therefore, Ukrainian students' needs in support their motivation to the research activity.

Key words: war, students, education, depression

Anshumali Tiwari

A CLINICAL CASE OF MULTIORGAN INFLAMMATORY SYNDROME ASSOCIATED WITH SARS-COV-2

V.M. Khomenko, O.I. Ostapchuk

Department of internal medicine №1

National Pirogov Memorial Medical University,

Vinnytsya, Ukraine

Introduction: According to the review is documented that patients with COVID-19 have some immune manifestations. About 3,000 cases of more than 70 different systemic and organ-specific SARS-CoV-2-associated disorders have been described in the literature. Although inflammation caused by SARS-CoV-2 is primarily focused on the respiratory system, in some patients may develop an abnormal inflammatory reaction with extrapulmonary involvement. The symptoms associated with this excessive immune response are very varied and may resemble some autoimmune or inflammatory diseases. However, pharmacological management of the detected violations remains to be determined.

Method: During 2021-2023, the patient was monitored at the Municipal Non-Profit Enterprise «Vinnytsia Regional Clinical Hospital n.a. M.I.Pyrogov of Vinnytsia Regional Council», Highly Specialized Clinical Center for Rheumatology, Osteoporosis and Biological Therapy. Patient had symptoms of multiorgan inflammatory syndrome associated with SARS-CoV-2.

Result: According to the anamnesis, signs of multiorgan inflammatory syndrome developed 2-3 weeks following SARS-CoV-2 infection. At first hospitalization patient had signs of polyarthritis, myositis and kidney damage: nephrotic (daily proteinuria 15.0 per day) and nephritic (hypertension and macrohematuria) syndromes. Treatment was prescribed: Cyclophosphamide (500 mg iv every 2 weeks), Methylprednisolone (48 mg daily), Enalapril (10 mg twice daily), Acetylsalicylic acid (75 mg daily), Omeprazol (20 mg daily). After six courses of Cyclophosphamide iv administration was followed by oral administration 50 mg per day. Dose of Methylprednisolone was tapered to a maintenance dose of 8 mg per day. A year after the starting of pathogenic treatment, the general condition of the patient improved significantly: the rash disappeared, myalgia and arthralgia reduced, the level of daily proteinuria decreased to 429 mg.

Conclusions: As a result of following SARS-CoV-2 infection, symptoms of multiorgan inflammatory syndrome were found: vasculitis, myositis, arthritis, kidney damage. The use of disease-modifying antirheumatic drugs (Cyclophosphamide 500 mg iv every 2 weeks for 3 months followed by 50 mg daily) and corticosteroids (Methylprednisolone (48 mg daily with tapering to a maintenance dose of 8 mg daily) led to a decrease in markers of inflammation and signs of kidney damage with improvement of the patient's general condition.

Т. С. Антонєць

ВПЛИВ СИГНАЛУ «ПОВІТРЯНА ТРИВОГА» НА ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Кафедра внутрішньої медицини № 3

Ю. Ю. Шушковська (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність: після пандемії COVID-19 війна в Україні стала ще одним стресовим фактором, що впливає на психічне здоров'я людей [Grasser L. R., 2022]. В регулюванні функціонування цілого організму важливу роль відіграє вегетативна нервова система (ВНС). Порушення серцевого ритму являються одним із проявів вегетативної дезрегуляції [Quintana D. S., Alvares G. A., Heathers J. A. J., 2016]. Моніторинг вріабельності серцевого ритму (BCP) отримав найширше поширення серед аналізу показників ВНС. BCP – найпотужніший незалежний неінвазивний інструмент дослідження регуляторних систем людини у фізіологічних умовах та при патологічних станах [Яблучанский Н. И., Мартыненко А. В., 2010].

Мета: оцінити та проаналізувати вплив сигналу «повітряна тривога» на показники BCP у здобувачів вищої медичної освіти випускного курсу.

Матеріали та методи: оцінку та аналіз показників BCP у здобувачів вищої освіти шостого курсу проводили на базі Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова з 01.09.2022 р. по 10.02.2023 р. з використанням холтерівського моніторингу електрокардіограми (ХМ ЕКГ) за допомогою портативної системи DiaCard 2,0 (АТЗТ «Сольвейг», м. Київ, Україна). Обстежено 53 особи, з них 37 жінок та 16 чоловіків, середній вік – $23,42 \pm 0,08$ років. У всіх респондентів на мобільному пристрої був встановлений застосунок «Повітряна тривога».

Оцінку результатів BCP проводили згідно нормативів, затверджених членами спеціальної групи Європейського товариства кардіологів та Північноамериканської асоціації електрофізіологів [M. Malik et al., 1996]. BCP проводили шляхом ХМ ЕКГ протягом 5-ти хвилин двічі в денний період і один раз у нічний час доби, брали середнє значення трьох показників. Визначали: *часові показники BPC* – SDNNi, SDANN, RMSSD, pNN50%; *спектральні* - VLF, LF, HF та LF/HF, - дані яких представлені у вигляді середніх значень та їхньої середньої похибки ($M \pm m$).

Результати: до вибірки (1 група) увійшли 39 осіб (26 жінок та 13 чоловіків), показники BCP якої: 1) *часові:* SDNNi – $45,80 \pm 3,81$ мс; SDANN – $26,48 \pm 3,25$ мс; RMSSD – $6,74 \pm 1,96$ мс; pNN50% - $1316,48 \pm 249,52$ м/с; 2) *спектральні:* VLF - $153,86 \pm 32,94$ мс²; LF – $69,29 \pm 2,17$ мс²; HF – $34,28 \pm 1,94$ мс²; LF/HF – $2,19 \pm 0,17$ од.

До 2 групи увійшли 14 осіб (11 жінок та 3 чоловіків), показники BCP якої: 1) *часові:* зниження SDNNi – $35,10 \pm 3,70$ мс ($p \leq 0,05$); зниження SDANN – $18,00 \pm 2,54$ мс ($p \leq 0,05$); зниження RMSSD – $4,12 \pm 1,78$ мс ($p > 0,05$); недостовірне зниження pNN50% - $986,32 \pm 178,37$ м/с ($p > 0,05$); 2) *спектральні:* VLF - $253,46 \pm 36,67$ мс² ($p \leq 0,05$), що вказує на підвищення гуморальної регуляції роботи серця; LF – $75,47 \pm 2,18$ мс² ($p \leq 0,05$); HF – $29,51 \pm 1,29$ мс² ($p \leq 0,05$); LF/HF – $2,62 \pm 0,13$ од. ($p \leq 0,05$).

Висновки: отже, у здобувачів вищої медичної освіти випускного курсу під впливом сигналу «повітряна тривога» зниження часових показників BCP та підвищення LF і LF/HF серед спектральних вказує на переважання симпатичної ВНС, відповідно, зниження HF характеризує пригнічення парасимпатичної регуляції серцевого ритму.

Н.А.Бабій, В.В.Кузьменко

НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ COVID-19

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

Н.А.Півторак (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Неврологічні ускладнення стали важливою складовою клініки ураження під час триваючої пандемії COVID-19. У багатьох пацієнтів спостерігаються неврологічні прояви, починаючи від головного болю та втрати нюху, до сплутаності свідомості та інсультів, що призводять до інвалідності.

Мета: оцінили літературні дані про стан нервової системи у пацієнтів, які перенесли COVID-19 з різними ступенями важкості.

Матеріали та методи: Під час обробки даних було зібрано та досліджено низку наукових статей та клінічних досліджень Dr. Jaycie Loewen, National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Scientific American, International Association for the Study of Pain, National Library of Medicine, що оцінюють ураження нервової системи при різних ступенях важкості COVID-19. Таким чином було виділено найбільш поширені ускладнення, які в подальшому можна вчасно діагностувати, лікувати та профілактувати.

Результати: Неврологічні ускладнення можуть виникнути на будь-якому етапі захворювання, від ранніх симптомів до пізніх стадій. Існують відстрочені ефекти, оскільки інфекція призводить до порушення регуляції системної відповіді імунної системи. Після того, як гостра фаза інфекції вщухне, реакція імунної системи впливає як на центральну, так і на периферичну нервову систему. При легкому ступені COVID-19 ускладнення не є дуже поширеними, але можуть відбутися у деяких пацієнтів, найчастіше це гіпоосмія. Найбільш поширені ускладнення при середньому ступені важкості COVID-19: головний біль (70%), зміна смаку та запаху (73%), невротія (43%), м'язова слабкість (33%), головокружіння та запаморочення (16%), проблеми з короткочасною пам'яттю (57%). Важкий ступінь COVID-19 може мати значний вплив на нервову систему, що може привести до різних неврологічних ускладнень. Окрім важких форм зазначених вище симптомів, можуть розвинутися енцефаліт (1%), мієліт (1%), інсульт (5%) та парези (12%).

Висновок: Багато симптомів, які відчувають люди, інфіковані SARS-CoV-2, стосуються нервової системи. Пацієнти найчастіше скаржаться на головні болі, болі в м'язах і суглобах, втому, втрату смаку і нюху — все це може тривати від тижнів до місяців після інфікування. У важких випадках COVID-19 також може призвести до енцефаліту або інсульту. Отже, вірус має незаперечні невропатологічні впливи.

А.А. Балян

ДИСФУНКЦІЯ ГІПОФІЗА У ХВОРИХ НА ГРАНУЛЕМАТОЗ ІЗ ПОЛІАНГІТОМ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Л.С. Перебетюк (к.м.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гранулематоз із поліангітом (ГПА) — це рідкісне аутоімунне захворювання, що характеризується некротичним гранулематозним васкулітом судин малого калібру та вражає головним чином верхні дихальні шляхи, легені та нирки. Однак, ГПА може залучати шкіру, очі, трахею, ясна, молочні залози та простату. Третина пацієнтів із ГПА має неврологічні порушення, переважно у вигляді периферичної нейропатії. Ураження центральної нервової системи зустрічається в 7–18% усіх випадків (Esposito, D., Trimrou, P., 2017). Залучення у патологічний процес пітуїтарної залози при ГПА зустрічається рідко і може призвести до часткової або тотальної дисфункції гіпофіза (ДГ).

Мета: узагальнити механізм виникнення, клінічні прояви, діагностику та менеджмент ДГ у пацієнтів із ГПА на основі аналізу клінічних випадків і даних літературних джерел.

Матеріали та методи: Пошук, аналіз та узагальнення іноземних літературних даних (опрацьовано 27 систематичних оглядів, 7 досліджень серії випадків та 36 клінічних випадків, що охоплюють 834 пацієнтів із ГПА).

Результати: патофізіологія виникнення ДГ у хворих на ГПА невідома, розглядають три основні патофізіологічні механізми. Перший — пряме внутрішньочерепне поширення гранулематозного процесу від назальної або параназальної гранульоми до гіпофіза. Другий — васкуліт гіпофізарних судин, що призводить до ішемічного та/або геморагічного інфаркту. Третій можливий механізм — розвиток нових гранульом в самому гіпофізі. Клінічні ознаки

ГД рідко спостерігаються у дебюті захворювання, частіше від 2 місяців до 15 років після встановлення діагнозу ГПА. De Parisot et al повідомляють, що у хворих із ГПА найпоширенішим проявом ДГ є вторинний гіпогонадизм, за ним слідує нецукровий діабет (78% і 71% усіх випадків відповідно). Проте високий рівень вторинного гіпогонадизму також може бути результатом застосування глюкокортикоїдів (ГК), що впливають на гіпоталамо-гіпофізарно-гонадну вісь. Пангіпопітуїтаризм спостерігався у 25% хворих, ізольована дисфункція аденогіпофіза у 12,5-13% (Е, Кароог, R, Cartin-Seba, 2014). Серед описаних випадків 54% хворих мали центральний гіпотиреоз, вторинну наднирникову недостатність діагностовано у 39% хворих. Найпоширенішими знахідками на МРТ гіпофіза були утворення селярної ділянки з посиленням на периферії, зони центрального некрозу та потовщення ніжки гіпофіза. Пацієнти, які отримували індукційну терапію високими дозами ГК та циклофосфамідом або ритуксимабом мали суттєве покращення МРТ-картини після лікування (65%). Незважаючи на високий рівень системної ремісії захворювання на підтримувальній терапії, 62,5% пацієнтів мали резидуальний дефіцит гормонів гіпофіза.

Висновки: Дисфункція гіпофіза виникає у дуже невеликої групи пацієнтів із ГПА (1-4%) і проявляється найчастіше у вигляді вторинного гіпогонадизму та нецукрового діабету, а також неспецифічними змінами на МРТ. Дефіцит гіпофізарних гормонів може персистувати, незважаючи на адекватну відповідь на лікування та відсутність органічного ураження гіпофіза.

Ю.С. Бескровна

АРИТМОГЕННА КАРДІОМІОПАТІЯ : ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

О.Л. Старжинська (доц., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Аритмогенна кардіоміопатія(АКМ)—генетично обумовлене захворювання серцевого м'яза, характеризується фіброзно-жировими змінами міокарда правого шлуночка (ПШ) (АКМП), пізніше-залученням у процес лівого шлуночка(ЛШ)(АКМЛ),клінічно вираженими шлуночковими аритміями (ША) та раптовою аритмічною серцевою смертю(РСС).Патологія може бути причиною смертності молодих людей,особливо спортсменів, що ставить завдання розробки ефективних методів діагностики.

Мета:розглянути сучасні методи діагностики АКМ та їх ефективність.

Методи та матеріали:огляд та аналіз наукових публікацій та статей із зарубіжних джерел(PubMed,The Lancet,NCBI,International Journal of Cardiology) та дані дослідних робіт науковців(Towbin J.A.,McKenna W.J.).

Результати:Критерії діагностики «Task Force»(TF),запропоновані в 1994 році і переглянуті в 2010 році,були точними для діагностики базового фенотипу ПШ,але не мали достатньої чутливості для визначення лівошлуночкового варіанта АКМ. «Критерії Падуї» 2020 року покращили діагностику АКМ шляхом надання нових критеріїв для діагностики фенотипових особливостей лівого шлуночка. Сучасні діагностичні критерії розглядають 6 категорій: структурно-функціональні аномалії ПШ, аномалії деполаризації та реполаризації на ЕКГ, аритмії,гістологічні особливості тканин, сімейний анамнез та генетика. Морфофункціональні аномалії ПШ розділяють на великі і малі. Великий критерій -регіональні аномалії руху ПШ, таких як акінезія або дискінезія, що супроводжуються дилатацією або дисфункцією ПШ.Малий критерій - регіональний рух стінки ПШ без наявності дилатації шлуночка або дисфункції. Морфофункціональні порушення лівого ЛШ включають систолічну дисфункцію або дилатацію ЛШ.Цей критерій є малим,має низьку специфічність. Структурні аномалії міокарда(фіброзне або фіброзно-жирове заміщення міокарда)відповідно до Міжнародних критеріїв 2020 року, демонструється за допомогою тканинної характеристики

трансмурального LGE/фіброзу на МРТ. Аномалії деполаризації ЕКГ ПШ: наявність Т-хвиль у правих перикардіальних відведеннях, за критеріями 2020 малий критерій. ЕКГ ЛШ: інверсії зубця Т у V4-V6. Шлуночкові аритмії: кількість шлуночкових екстрасистол (>500 за 24 години) і складністю (непостійна/стійка). Сімейна історія/молекулярна генетика рекомендована пацієнтам з встановленим діагнозом, для виявлення носіїв генів через родичів. Точний діагноз ґрунтується на наявності 2 основних критеріїв, 1 основного і 3 додаткових або 4 додаткових критеріїв.

Висновки: Відсутність специфічних діагностичних критеріїв ТФ для АКМЛ призвела до недостатнього розпізнавання пацієнтів з фенотипами, відмінними від оригінального АКМП. Розробка Міжнародних критеріїв 2020 року дала можливість покращити діагностику АКМ шляхом надання нових критеріїв для діагностики бівентрикулярних фенотипів і фенотипів АКМЛ.

Ю.С. Бескровна

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧНА МРТ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ

Кафедри променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Р.Г.Пелін (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак передміхурової залози є другою за частотою злоякісною пухлиною (після раку легень) у чоловіків у всьому світі, нараховуючи 1,4 мільйона нових випадків і спричиняючи 358 989 смертей у 2020 році. Мультипараметрична магнітно-резонансна томографія (mp-MRI) показала багатообіцяючі результати в діагностиці, локалізації, стратифікації ризику та стадії клінічно значущого раку простати. Це також відкрило можливості для фокального лікування раку простати.

Мета: метою даної роботи опис техніки mp-MRI у діагностиці раку простати.

Методи та матеріали: огляд та аналіз наукових публікацій та статей із зарубіжних джерел (PubMed, The Lancet, NCBI) та дані дослідних робіт науковців.

Результати: Існують три послідовності зображень, які мають бути отримані під час МРТ-дослідження передміхурової залози. До них відносяться дифузійно-зважена візуалізація (DWI) з коефіцієнтом дифузії (ADC), T2-зважена (T2W) візуалізація і візуалізація з динамічним внутрішньовенним контрастуванням (DCE). Дифузійно-зважена візуалізація -DWI вимірює рухливість молекул води через броунівський рух. ADC є кількісним заходом, що відображає цей рух. Загалом рак передміхурової залози має підвищену щільність клітин, що візуалізується як область з фокальним обмеженням дифузії вільної води. Обмежена область може бути виявлена як високий фокальний сигнал (білий) на DWI в поєднанні з фокальним низьким сигналом (чорний) на відповідному зображенні ADC. T2-хвильова візуалізація простати, що відображає локальну воду в тканинах, може окреслити нормальну зональну анатомію передміхурової залози, чітко показуючи перехідні та периферичні зони. Периферична зона зображується як область високого сигналу (біла) на зображеннях T2W, а перехідна зона зображується як поєднання областей з високим та низьким сигналом, що відбивають типові патерни доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Візуалізація T2W виявляє рак як фокальні з помірно низькою інтенсивністю сигналу. Динамічна внутрішньовенна візуалізація з контрастним посиленням – зображення DCE виходять після швидкої внутрішньовенної ін'єкції контрасту (гадоліній-DTPA) та подальшої швидкої візуалізації. Ці зображення відображають локальне судинне середовище. Вогнищевий рак передміхурової залози зазвичай має області аномальної неоваскуляризації, які можна зобразити за допомогою аналізу змін, таких як раннє артеріальне посилення.

Висновки: Мультипараметрична МРТ – ефективний метод діагностики раку передміхурової залози, який дозволяє більш точно визначити локалізацію і стадію захворювання. Цей метод

може бути корисним для прийняття рішень щодо лікування та моніторингу ефективності лікування. Однак для широкого впровадження багатопараметричної МРТ у клінічну практику необхідні додаткові дослідження та стандартизація протоколів МРТ.

В.А. Биков

ЧАСТОТА НЕБАЖАНИХ РЕАКЦІЙ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19 У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧОЇ ПРОТИРЕВМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №1
доц. Л.С. Перебетюк, ас. І.І. Шаповал

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра внутрішньої медицини №1
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Когорта ревматологічних хворих є особливо вразливою до інфекційних захворювань внаслідок наявної дисфункції імунної системи, а також прийому імуносупресивної терапії. Пандемія COVID-19 продемонструвала важливість вакцинації як ефективного засобу попередження важкого перебігу та ускладнень цієї хвороби. Також, важливе значення має прогнозування ризику небажаних реакцій після вакцинації, особливо при веденні пацієнтів, що отримують різні види хворобомодифікуючої протиревматичної терапії.

Мета дослідження: проаналізувати частоту небажаних реакцій після вакцинації проти COVID-19 у ревматологічних хворих з різними видами хворобомодифікуючої протиревматичної терапії.

Матеріали і методи. Обстежено 53 пацієнта, що перебували на лікуванні в Високоспеціалізованому центрі ревматології, остеопорозу та біологічної терапії КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова Вінницької обласної ради» в січні-лютому 2022 року (ревматоїдний артрит – 31 особа, склеродермія – 2, системний червоний вовчак – 1, системний васкуліт – 1, реактивний артрит – 5, анкілозивний спондиліт – 7, псоріатичний артрит – 4, дерматоміозит – 2). Всіх пацієнтів було розподілено на дві репрезентативні групи залежно від застосування або незастосування біологічної хворобомодифікуючої протиревматичної терапії (19 та 34 особи, відповідно). Середній вік обстежених пацієнтів склав $49,0 \pm 8,9$ роки. Серед учасників дослідження було 12 чоловіків та 41 жінка.

Результати. Загальна кількість вакцинованих пацієнтів склала 56,6%. Вакциною «Moderna» було щеплено 7 обстежених, «Pfizer» - 11 пацієнтів, «CoronaVac» та «AstraZeneca» 7 та 5 осіб, відповідно. В групі пацієнтів з біологічною терапією було вакциновано 13 (68,4%) пацієнтів, без біологічної терапії - 17 (50%) пацієнтів. До вакцинації на інфекцію COVID-19 хворіли 23 особи (43,4%), серед яких 11 осіб (57,9%) отримували біологічну терапію, 12 осіб (35,3%) – не отримували такої. Мали небажані реакції після вакцинації (підвищення температури тіла, біль та почервоніння в місці ін'єкції, головний біль, відчуття ломоти в усьому тілі) - 14 пацієнтів (26,4%), серед них 3 (15,8%) - на біологічній терапії, 11 (32,4%) не приймали біологічну терапію.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що пацієнти, які отримували біологічну хворобомодифікуючу протиревматичну терапію мали більшу прихильність до вакцинації у порівнянні з групою порівняння (68,4%). Окрім того, дана категорія пацієнтів мала вдвічі меншу частоту небажаних реакцій після вакцинації проти інфекції COVID-19 (15,8% проти 32,4%) незалежно від типу використаної вакцини.

О.О. Богач, Х.Т. Клепарівська
**УДАР ПО СЕРЦЮ: АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА
ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ, МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ
ПАТОЛОГІЇ ТА ОСНОВНІ УСКЛАДНЕННЯ.**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини
Н.А. Півторак (доцент, к.мед.н)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Оскільки хвороба Covid-19 є новою, і пандемія залишається загрозою для здоров'я і життя людей по всьому світу, то науковці досі продовжують досліджувати її вплив на організм людини. Коронавірусну інфекцію спочатку відносили до захворювань дихальних шляхів, але з часом зрозуміли, що вона безпосередньо може впливати на стан серцево-судинної системи та, навіть, мати летальний наслідок. Тому актуальність цієї теми полягає в тому, що відомості про взаємозв'язок можуть допомогти у покращенні методів лікування та профілактики Covid-19 і зменшити ризик серцево-судинної ускладнень.

Мета: Дослідження впливу Covid-19 на серцево-судинну систему на різних стадіях перебігу захворювання, що допоможе виявити ускладнення та здійснити профілактику та адекватне лікування пацієнтів.

Матеріали та методи: обробка результатів клінічних досліджень та аналіз наукових статей "Coronavirus disease (COVID-19) outbreak" - World Health Organization, "Coronavirus: Why You Must Act Now" - CNN, "Coronavirus: Why You Must Act Now".

Результати: За даними вивчених досліджень, у більш ніж 20% випадків інфікування COVID-19 спостерігаються серцево-судинні ускладнення, такі як міокардит, аритмії, тромбози та ішемічні події. Дослідження також показали, що пацієнти з підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань, такі як особи похилого віку, люди з діабетом та особи з підвищеним кров'яним тиском, є більш схильними до розвитку серцево-судинних ускладнень при інфікуванні COVID-19. Також були спостереження про те, що COVID-19 може спричинити серцеву недостатність та посилювати симптоми існуючих серцевих захворювань в постковідному періоді.

Висновок: Висновки досліджень показують, що коронавірус може мати значний вплив на серцево-судинну систему та викликати серцеві ускладнення, зокрема міокардит, перикардит, порушення ритму серця та збільшення серцевої недостатності. Іншими ускладненнями можуть бути тромбози в судинах серця.

В.В.Бойко, А.В.Ассефа, А.С.Лагасюк
**ТРОПНІСТЬ ВЕБ ДО ГЕПАТОЦИТІВ ТА ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ВЕБ-
АСОЦІЙОВАНОГО ГЕПАТИТУ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології
О.О.Войналович (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Інфекційний мононуклеоз - це захворювання викликане вірусом Епштейн-Барр, для якого характерний виражений поліорганний процес, варіабельна клінічна картина та невідповідність між симптомами та біохімічними показниками. Рутинні дослідження печінкових проб дали змогу зрозуміти, що ІМ має тенденцію до враження гепатоцитів, що характеризується тимчасовим підвищенням рівня печінкових ферментів у 80-90% випадків.

Мета : Проаналізувати дані світової та вітчизняної літератури щодо тропності ВЕБ до гепатоцитів та виявлення предикторів розвитку ВЕБ-асоційованого гепатиту.

Матеріали та методи: в ході роботи проведено аналіз літературних джерел по темі. Використано ресурси PubMed, Google Scholar.

Результати: Враження печінки при інфекційному мононуклеозі зустрічається доволі часто, і характеризується помірним тимчасовим підвищенням рівня печінкових ферментів у 80–90% випадків. Можливим поясненням є вплив вірусу на системну та внутрішньопечінкову продукцію прозапальних цитокінів, які перешкоджають діяльності як синусоїдальної, так і каналцевої транспортних систем, що може призвести до холестазу. У дослідженні зарубіжних авторів (1998 р) приймало участь 26 пацієнтів з ІМ середнього ступеня тяжкості. При аналізі печінкових проб виявлено зміни активності АЛТ (100%) та ЛФ (100%), АСТ (97%) та ГГТ (70%), підвищене значення тимолової проби (87%), що свідчить про виражені диспротеїнемію. Спостерігались зміни сечовини та білірубину в крові. ІМ спровокував цитоліз гепатоцитів, підвищились значення АЛТ (до 414 МЕ/л в середньому) та АСТ (до 260 МЕ/л в середньому), що стало причиною зниження коефіцієнта Рітиса до 0,73 при нормі 1,0. Високі рівні ферментемії та знижений коефіцієнт Рітиса при всіх видах вірусного гепатита свідчать про несприятливий перебіг захворювання. Рівень ЛФ (в середньому 380 МЕ/л) та ГГТ (в середньому 75 МЕ/л) та їх співвідношення свідчить про переважання саме першого фермента. Тому сума активності ЛФ+ГГТ переважає над АСТ+АЛТ. Це відрізняє ІМ від вірусного гепатита і демонструє переважання «холестатичної пари» над «цитолітичною». В ході дослідження Д.П. Кофтеридис, М. Кулентаки, Евр Джей Стажер Мед 2011, в якому брали участь 41 пацієнт, вікової категорії: 15-51, середній вік 18,5 років. Печінкові проби показали підвищення рівнів АСТ та АЛТ в 5 разів, відзначалась тенденція до збільшення протягом 2 днів та повернення до норми протягом 20 днів. Додатково обстеження на ЛФ, ГГТ та загального білірубину показало схожу динаміку.

Висновки: Ступінь ураження печінки при EBV-інфекції є різним. Поширеним явищем є ВЕБ-асоційований гепатит легкого перебігу з транзиторним підвищенням рівня печінкових ферментів.

В.І. Бокоч

ПОСТКОВІДНИЙ МІОКАРДИТ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Кафедра внутрішньої медицини № 3

О.Ф. Білонько (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Міокардит і перикардит є потенційними серцевими наслідками інфекції COVID-19, що виникають внаслідок адаптивних імунних реакцій. Довгий «COVID-синдром» характеризується мультиорганными наслідками або стійкими симптомами після гострої фази COVID-19, як правило, через 3–4 тижні від появи симптомів або першого позитивного ПЛР тесту. Частота міокардиту та перикардиту підвищується у хворих на COVID-19 під час гострого захворювання. Однак, чи є міокардит і перикардит після відновного періоду частиною тривалого синдрому COVID-19, поки невідомо.

Мета: шляхом аналізу літературних джерел та оцінки перебігу постковідного міокардиту проаналізувати особливості перебігу міокардиту у хворих, які перенесли Covid-19 чи були вакциновані з приводу Covid-19, визначити предиктори несприятливого прогнозу.

Матеріали і методи: загальноклінічні методи дослідження, біохімічні дослідження, стандартна 12-канальна ЕКГ, холтеровське моніторування ЕКГ, оцінка варіабельності ритму серця (BPC), ехокардіоскопія у хворих на постковідний міокардит.

Результати: Аналіз захворюваності на міокардит у великої когорти пацієнтів з COVID-19 після одужання показав, що чоловіча стать пов'язана з вищим ризиком розвитку міокардиту, незалежно від попередньої інфекції COVID-19. Puntmann та ін. виявили 78% ураження серця, оцінене за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ) серця, серед пацієнтів із

підтвердженим діагнозом COVID-19. Це дослідження демонструє серцеве запалення незалежно від тяжкості первинного захворювання та загального перебігу гострого захворювання. Результати дослідження свідчать про відсутність збільшення частоти міокардиту та перикардиту у пацієнтів, які одужали від COVID-19, порівняно з неінфікованими відповідними контрольними групами. Відносний ризик (ВР) міокардиту був більш ніж у сім разів вищий у групі інфекції, ніж у групі вакцинації (ВР: 15 (95% ДІ: 11,09–19,81, група інфекції) та ВР: 2 (95% ДІ: 1,44–2,65), група вакцини). Вищі показники міокардиту спостерігалися у тих, хто отримав вакцини Moderna. Аналіз перебігу постковідного міокардиту у пацієнта після перенесеного Covid-19 показав, що перебіг ускладнився важкою серцевою недостатністю зі зниженою фракцією викиду (14%), тромбоемболічними ускладненнями (внутрішньосерцевим тромбозом, тромбоемболічним інсультом в ранньому періоді і тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок через 2 роки), складними порушеннями серцевого ритму (пароксизмами фібриляції передсердь, транзиторним синдромом WPW, шлуночковою екстрасистолією високих градацій).

Висновок: Незважаючи на сучасні методи лікування Covid-19, стандарти лікування хронічної серцевої недостатності, перебіг постковідного міокардиту досить важкий, що супроводжується складними порушеннями серцевого ритму, тромбоемболічними ускладненнями, віддаленими тромбозами навіть через 2 роки після перенесеної інфекції і потребує подальшого вивчення для прогнозування несприятливим наслідків та покращення якості життя даної категорії пацієнтів.

К.С. Бурдейна, Н.Д. Ковальчук

ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У СТУДЕНТІВ ВНМУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

Кафедра внутрішньої медицини № 2

С. В. Нечипорук (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Виникнення серцево-судинних захворювань значною мірою залежить від соціальних факторів - способу життя людей. Модифікація способу життя українців під впливом військових дій на території нашої країни може призводити до раннього розвитку серцево-судинних захворювань у людей молодого віку.

Мета. Дослідити рівень ризику серцево-судинних захворювань в українських студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (ВНМУ ім. М.І. Пирогова).

Матеріали та методи. Обстежено 34 українських студенти (17 хлопців та 17 дівчат), які навчаються у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова середній вік яких $23,1 \pm 3,01$ років. За даними опитувальника SNAP визначено фактори ризику захворювань, спричинені курінням, харчуванням, вживанням алкоголю та відсутністю фізичної активності. Для скринінгу тривожності використано опитувальник GAD-7. Статистичну обробку результатів проведено методом варіаційної статистики у програмі MS Excel.

Результати. Аналіз опитування студентів виявив, що переважна більшість українських студентів курять, зазвичай це півпачки сигарет на день. Цікавим є той факт, що початок паління співпадає з вступом у ВНЗ чи початком війни в Україні. Індекс маси тіла студентів $23,1 \pm 3,73$ кг/м², але 41,2 % студентів мають надлишкову вагу чи ожиріння. Також треба зазначити, що 47,5% хлопців мають цю проблему. За останній рік рівень вживання алкоголю серед студентів збільшився: 88,2% студентів вживають алкоголь. Цікавим виявився факт, що дівчата п'ють частіше але менше, ніж хлопці. Студенти зазначили, що військові дії в Україні збільшили у них мотивацію займатися спортом та бути у гарній фізичній формі. 76,8%

студентів займаються фізичною культурою 1-3 рази на тиждень та віддають перевагу тренуванням в домашніх умовах. Виявлено нестачу тривалості сну серед українських студентів, більшість з них спить 5-6 годин на добу. Максимальний ступінь тривожності за опитувальником GAD-7 виявлено у 23,5% студентів. Слід зазначити, що всі студенти їдять фаст-фуд/смажену їжу: 76,5% студентів - 1-2 рази на тиждень. З іншого боку, 17,7% студентів взагалі не п'ють каву, а ще 38,2% випиває лише 1 чашку кави на день. Важливим є той факт, що 73,5% українських студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова мають обтяжений сімейний анамнез по серцево-судинній патології.

Висновки. Більшість студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова мають декілька факторів серцево-судинного ризику. Модифікація способу життя, а саме: відновлення графіку та тривалості сну, заняття спортом, зменшення вживаного алкоголю, здорове харчування, контроль ваги, позбавлення звички палити, зниження рівня тривожності тощо можуть запобігати ранньому розвитку серцево-судинних захворювань.

М.Ю. Васильєв

НЕКЛАСИЧНІ ВИПАДКИ ЕРИТРЕМІЇ ТА ВТОРИННИХ ЕРИТРОЦИТОЗІВ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Д.А. Лисенко (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними статистики, в останній час збільшилась кількість діагностованих випадків еритремії і вторинних еритроцитозів. Схожість даних патологій збільшує ризик помилкової діагностично-лікувальної тактики. Хоча обидва стани досить детально описані в літературі, питання верифікації діагнозу залишається відкритим і потребує особливої уваги.

Мета: Порівняння неklasичних випадків еритремії та вторинних еритроцитозів. Оцінка правильності діагностики та проведеного лікування.

Матеріали та методи: історії хвороб пацієнтів гематологічного відділення ВОКЛ ім.М.І. Пирогова, сучасна медична література.

Результати: Етіологія розвитку еритремії пов'язана з мутацією JAK2-V617F, в той час, як вторинні еритроцитози виникають у відповідь на гіпоксію або інші фактори. Оскільки еритремія є мієлопроліферативним захворюванням, для неї характерне ураження всіх паростків кісткового мозку, тоді як при вторинному еритроцитозі зазвичай виявляються зміни тільки в показниках еритроцитарного паростка в гемограмі. Еритремія діагностується переважно у хворих віком 60+ років, тоді як вторинні еритроцитози не мають певної прив'язаності до віку.

У хворого Д. 29 років з синдромом Дауна спостерігався підвищений рівень гемоглобіну. В такому випадку зміни в аналізі крові можуть з'являтися як внаслідок розвитку еритремії, оскільки у хворих з синдромом Дауна є велика ймовірність наявності інших генетичних мутацій, так і внаслідок кардіологічної патології, розвиток якої властивий для даного синдрому. Діагностовано еритремію у хворої С. 30 років, що є нетиповим віком для еритремії. Такі випадки потребують особливої уваги в діагностиці та підході до лікування. Зокрема призначення специфічного лікування хворим такого віку має диференційований підхід, так як цитостатики здатні викликати пухлинну трансформацію і розвиток вторинних пухлин. Також при еритремії відзначається зниження рівня еритропоєтину, а при вторинних еритроцитозах - підвищення. Напи описаний хворий О., 60 років, було виявлено підвищення рівню еритропоєтину, що надало змогу встановити, що діагноз хворого не еритремія, а вторинний еритроцитоз, що розвинувся на фоні встановленого в процесі діагностики синдрому Піквіка. Підходом до лікування обох захворювань на початковому етапі є ексфузія крові, але подальші кроки лікування залежать від правильності верифікації діагнозу, оскільки для лікування вторинного еритроцитозу необхідно лікувати первинне

захворювання, в той час як справжня поліцитемія потребує специфічного лікування (цитостатики), яке призначається за умови відповідності діагностичним критеріям. Призначення специфічного лікування при вторинних еритроцитозах може мати шкідливі наслідки.

Висновки: У випадку підвищеного рівня еритроцитів та гемоглобіну існують неklasичні випадки, коли очевидний, на перший погляд, діагноз “еритремія” чи “вторинний еритроцитоз” потребує більш ретельної уваги і обстеження, адже ці захворювання хоч і є дуже схожими клінічно, потребують різних підходів до лікування.

М.А. Верба, О.В. Майстер
СПОНТАННИЙ ПНЕВМОТОРАКС У ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА
Кафедра внутрішньої медицини №2
Т.В. Степанюк (асистент ЗВО)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: спонтанний пневмоторакс (СП) – синдром, що характеризується скупченням повітря в плевральній порожнині, не пов'язаного з травмою легень, інфекційною деструкцією легеневої тканини або лікарськими маніпуляціями. Серед усіх випадків нетравматичного пневмотораксу СП становить 80 – 85%. За даними різних літературних джерел спонтанний пневмоторакс зустрічається із частотою 18-28 на 100 000 осіб серед чоловіків та 1,2 – 6,0 на 100 000 населення серед жінок. Смертність у хворих з даною патологією становить 0,09% у чоловіків та 0,06% у жінок. Чоловіки віком від 16 до 40 років хворіють у 12 – 15 разів частіше, ніж жінки.

Мета роботи: визначити особливості рідкісних форм етіопатогенезу СП та з'ясувати популяційну частоту їх виникнення.

Матеріали та методи: інформаційна обробка й аналіз публікацій з таких наукових ресурсів як Medscape, PubMed, Web of Science. Опрацювання даних експериментальних досліджень іноземних статей, систематизація матеріалу.

Результати роботи: серед хворих із СП 70 – 80% складають пацієнти з бульозною хворобою легень. У виникненні цього захворювання має значення обструкція сегментарних бронхів клапанного характеру, що веде до підвищення тиску в дистальних відділах бронхів та альвеол. Результатом цього є переповнення альвеол повітрям на обмеженій ділянці легеневої тканини, витончення міжальвеолярних перегородок, що призводить до формування субплевральних міхурів та розриву, за певних умов, вісцеральної плеври. СП може бути обумовлений не лише розривом стінки легеневого пухирця. У стінці можуть існувати мікропори діаметром приблизно 10-20 мкм, що виникають у місцях відсутності клітин мезотелію вісцеральної плеври. Множинний характер цих мікропор та поява пористості легеневої тканини можуть призводити до пневмотораксу. Існує ще уявлення, що в розвитку СП відіграє роль «синдром гострих ребер». На думку дослідників, гострі краї горизонтально розташованих I і II ребер травмують апікальні сегменти легень, що призводить до утворення булл з подальшим їх розривом та виникненням СП. Крім того, є спільна публікація корейських торакальних хірургів та психіатрів, які вказують на зв'язок між станом агресії, злості та ймовірністю виникнення першого епізоду СП. Вони відзначають, що люди, які відчувають почуття агресії, більше курять і худнуть, тобто стають схильними до давно відомих сприятливих для розвитку СП причин.

Висновки: підсумовуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що спонтанний пневмоторакс є ускладненням первинного захворювання, яке по будь-яким обставинам залишилося недіагностованим, особливо в умовах звичайного терапевтичного стаціонару.

А.О. Вітюхіна

ПЕТ/КТ ЯК ОДИН З НАЙТОЧНІШИХ МЕТОДІВ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ РЕЦИДИВУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Р.Г. Пелін (асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. На сьогоднішній день рак молочної залози (РМЗ) є одним із найпоширеніших типів онкологічних захворювань серед жінок. За статистикою протягом останніх 10 років захворюваність зросла на 20%. У світі кожна 13-та жінка хворіла або ж хворіє на даний недуг. Тільки за минулий рік в Україні було зареєстровано 13 824 випадків (13 736 жінки та 88 чоловіків), з них 5998 померло. На даний момент в Україні наявні лише 4 апарати для ПЕТ/КТ і всі вони знаходяться в Києві, що зменшує можливість своєчасної діагностики для багатьох хворих.

Мета: дослідити діагностичні можливості ПЕТ/КТ на прикладі рецидивного РМЗ.

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури PubMed, MedScare, Scopus. Аналіз досліджень іноземних вчених в електронному форматі в пошуковій системі GoogleScholar.

Результати дослідження: ПЕТ/КТ є точним методом діагностики, зокрема завдяки його поєднанню з радіофармапрепаратом на основі фтордезоксиглюкози (ФДГ), який підвищує видимість патологічних клітин за рахунок збільшеного поглинання ними глюкози. Роль діагностики в цьому випадку буде полягати в підтвердженні рецидиву та в оцінці того, чи є наявне захворювання локалізованим або системним.

Візуалізація пухлини являє собою видиме надмірне накопичення ФДГ (зазвичай такі зони забарвлюються від світло-жовтого до темно-червоного кольору) в ділянці тканини/органу/лімфатичного вузла, де наявний патологічний процес. Можлива також супутня візуалізація патології печінки, серця та головного мозку, так як ці органи також накопичують велику кількість ФДГ.

Було проведено дослідження, в результаті якого точність діагностики 89% та 98% для виявлення місцевих та метастатичних рецидивів відповідно. Стандартизований рівень захоплення (SUV) у доброякісних пухлин значно менше ніж у злоякісних (1,4 проти 3,3). Зокрема, даний метод дозволив виявити 46 (94%) із 49 пацієнтів з РМЗ, проте була пропущена лобулярна карцинома у 3 пацієток, що обґрунтовується її низькою авідністю до ФДГ. Недоліком даного методу є низька візуалізація пухлин при первинному РМЗ: збільшуючись від 59% (10/17) при пухлинах менше 10 мм до 98%(44/45) при пухлинах більше 10мм. Було візуалізовано всі тричі негативні та HER2-позитивні пухлини та 40/48 (83%) ER-позитивних/HER2-негативних пухлин. Чутливість і специфічність ПЕТ/КТ у виявленні пахових метастазів становила 73% і 100% відповідно.

Висновок. При виявленні рецидиву РМЗ за допомогою ПЕТ/КТ, зазвичай, проявляє більш високу точність діагностики, дає можливість оцінити супутні патологічні зміни в інших органах та диференціювати тип пухлини на відміну від класичних методів. У порівнянні з рецидивом, візуалізація первинного раку значно гірша і залежить від розміру пухлини. Також можливе несвоечасне діагностування на ранніх етапах лобулярної карциноми. Лишається деяка неясність з використанням цього методу в якості основного при діагностиці онкопатології, а не як додаткового до нинішніх технологій, що пов'язано з дороговартістю обстеження.

А.О. Вітюхіна, М.І. Дяченко
РОЛЬ ДОДАТКОВИХ ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ У ЗБУДЖЕННІ ШЛУНОЧКІВ
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
М.В. Овчарук (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. На сьогоднішній день, існує багато синдромів, що пов'язані з укороченням інтервалу P-Q(R). Це відбувається за рахунок проходження імпульсу через додаткові провідні шляхи, наявність яких обумовлена генетичною мутацією KCNH2, KCNJ2 або KCNQ1, що успадковується за аутосомно-домінантним типом.

Мета: на основі літературних даних дослідити додаткові шляхи провідності, що сприяють атиповому поширенню збудження.

Матеріали та методи: аналіз медичної та наукової літератури з даної тематики з ресурсів PubMed, MedScape, Scopus.

Результати дослідження: При наявності пучків Кента-Паладіно збудження поширюється від передсердь до шлуночків в обхід АВ-вузла і пучка Гіса. Імпульс може проводитись ретроградно при прихованому синдромі WPW, зокрема не виникає перезбудження шлуночків, антеретроградно - латентний синдром WPW, додатковий пучок починає працювати лише після провакаційних впливів, в обох напрямках – маніфесний синдром WPW та минуций синдром WPW – пучок починає функціонувати після уповільнення провідності в АВ-вузлі без впливу стимулюючих факторів. На ЕКГ: укорочений інтервал PQ до 0,08-0,11 с, дельта-хвиля, блокада ніжки пучка Гіса.

Тракт Джеймса – з'єднує між собою передсердя та кінцеву частину АВ-вузла або початок пучка Гіса. Активація тракту характеризується синдромом Клерка-Леві-Крітеско. Імпульс, проходячи «в обхід» по пучку Джеймса не затримується в АВ-вузлі, а прямує відразу в шлуночки, що призводить до їх передчасного скорочення, яке характеризується укороченням інтервалу R-R та PQ; конфігурація QRS при цьому залишається нормальною. Можливий круговий рух імпульсу по типу re-entry по пучку Джеймса та АВ-вузлу, що призводить до миготливої аритмії. Клінічно: задишка, головокружіння, напади тахікардії, що супроводжуються відчуттям серцебиття.

При с-м Махайма – пучок з'єднує атріовентрикулярний вузол з розгалуженнями правої ніжки пучка Гіса, На ЕКГ нормальний інтервал PQ, зубець Р нормальної форми і тривалості, блокада ніжки пучка Гіса (розширення QRS), дельта хвиля, схильність до приступів надшлуночкової тахікардії. Тракт Брешенманше (с-м укороченого інтервалу PQ).

Тракт Брешеманше - з'єднує праве передсердя та загальний стовбур пучка Гіса. Імпульс з синоатріального вузла йдучи по пучку Тореля, та надалі переходячи на тракт Брешеманше передчасно збуджує пучок Гіса або праву ніжку Гіса, що призводить до передчасного скорочення правого шлуночка та укорочення інтервалу PQ. При надшлуночкової тахікардії, буде характерним синдром re-entry, тобто імпульс буде циркулювати по колу від СА-вузла до пучка Гіса і так далі по колу. Клінічно: не проявляється, симптоми будуть лише при нападі пароксизмальної тахікардії.

Висновок: Додаткові провідні шляхи є анатомо-фізіологічною особливістю, вони не підлягають патогенетичному лікуванню, лише використанню симптоматичних заходів для боротьби з аритмією, головним болем тощо. Клінічно синдроми майже не можливо відрізнити одне від одного, а все різноманіття засноване на пат. анатомічних дослідженнях.

М.О.Волкотруб, І.А. Дзьоник
**ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ВАКЦИНАЦІЄЮ ВАГІТНИХ ПРОТИ COVID-19 ТА
ГОСПІТАЛІЗАЦІЄЮ НЕМОВЛЯТ В ПЕРШІЙ РІК ЖИТТЯ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.І. Бевз (PhD, асистент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ на сьогоднішній день в світі близько 25% немовлят протягом 1 року життя інфікуються гострим респіраторним захворюванням COVID-19, а в Україні майже 30%. Розвиток захворювання та його клінічний перебіг залежить від анатомічних особливостей та імунного статусу немовлят. Проводити вакцинацію проти Covid-19 дітям дозволено починаючи лише з 4 років вакциною Comirnaty (Pfizer), але ці вакцини ще не ліцензовані для використання у дітей меншого віку. Відомо, що пасивний імунітет у немовлят формується через передачу материнських антитіл. На сьогодні існують дані, які підтверджують, що вакцинація жінок проти COVID-19 до та під час вагітності, знижує ризик зараження SARS-CoV-2 і госпіталізації немовлят, але ще немає ґрунтовних досліджень щодо цього.

Мета: Оцінити вплив вакцинації проти COVID-19 у жінок преґравідарного періоду та проаналізувати важкість перебігу коронавірусної хвороби у немовлят протягом першого року життя.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз журналів реєстрації хворих та історій хвороб за період 2020-2023р. дитячого інфекційно-боксового відділення №1 КНП «Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні» з проведенням описової статистики та розрахунку Odds Ratio (OR).

Результати: Всього було госпіталізовано 897 дітей, з них 351 з COVID-19 (39,1 %). Серед усіх госпіталізованих з COVID-19, 175 дітей були віком до 1 року (49,9%). Нами було встановлено, що лише у 37% дітей до 1 року хворих на COVID-19 (n=65), мами були вакциновані проти COVID-19 хоча б 1 дозою однієї з зареєстрованих вакцин.

Ми дослідили, що серед немовлят, які народилися від вакцинованих матерів, легкий перебіг спостерігався у 48 дітей (73,8%), а важкий у 17 (26,2%). Відповідно, у дітей до 1 року життя, матері, яких не були вакциновані проти COVID-19, важкий перебіг захворювання виявлено у 65 немовлят (51,8%), а легкий у 45 (48,2%). За розрахунками показника відношення шансів, встановлено, що діти першого року життя, народжені від не вакцинованих жінок мають більше ніж 2,5 рази вищий ризик важкого перебігу COVID-19 (OR = 2,631; ДІ 95%: 1,453 – 4,766)

Висновки:

1. У дітей першого року життя народжених від не вакцинованих жінок, ризик розвитку важкого перебігу COVID-19 в 1,8 рази вищий ніж у дітей народжених від жінок, які отримали хоча б 1 дозу вакцини проти COVID-19.

2. Вакцинація проти COVID-19 жінок преґравідарного періоду в 2,8 рази знижує частоту виникнення важкого перебігу COVID-19 у дітей першого року життя.

Д.Р. Вороний, С.С. Ткачук

**ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ХВОРИХ ОКРЕМИХ ВІДДІЛЕНЬ ТЕРАПЕВТИЧНОГО
ПРОФІЛЮ**

Кафедра внутрішньої медицини №1

Ю.І. Монастирський (доцент, к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: внутрішнє сприйняття хвороби - це суб'єктивне відчуття людиною свого стану. Він складається з чотирьох частин: біль як сенсорна частина; емоція, що має на увазі як людина ставиться до хвороби; інтелект у сенсі ставлення людини до своєї хвороби, її причин і наслідків; мотивація - пов'язана з необхідністю відновлення діяльності та збереження здоров'я.

Мета: вивчити типи ставлення пацієнтів до хвороби різних відділень терапевтичного профілю.

Матеріали і методи: як діагностичний інструмент використовувався опитувальник для визначення типів ставлення до хвороби (TOBOL). Основою дослідження стали п'ять відділень лікувального профілю ВОКЛ ім. М.І. Пирогова. Вибіркова сукупність складала 129 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні: 68 чоловіків, 61 жінка, 21 випадок у внутрішньому відділенні, 23 у ревматологічному, 26 у пульмонологічному та 26 у нефрологічному відділенні.

Результати: За методикою TOBOL 12 категорій ставлення пацієнтів до хвороби були розділені на три блоки: 1) зі збереженою соціальною адаптацією та конструктивним ставленням до хвороби (гармонійний, ергопатичний та агностичний тип); 2) хворі з психічними розладами внаслідок захворювання; 3) змішані хворі. До другого увійшли пацієнти з інтрапсихологічними (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи) та інтерпсихічними (сенситивний, егоцентричний, дисфоричний, параноїдний типи).

На першому місці в усіх секторах були пацієнти переважно ергопатичного типу, що проявлялося бажанням продовжувати працювати, незважаючи на хворобу. На другому місці гармонійний тип, який характеризується тверезою оцінкою свого стану. Деструктивне ставлення до хвороби частіше спостерігається у жінок, які мають нижчий рівень соціальної адаптації, ніж чоловіки. Серед хворих з розладом соціальної адаптації та порушеним ставленням до хвороби найбільшу частку становили відділення гастроентерології, найменшу – нефрологічне відділення, домінувала транспсихологічна реакція на хворобу, яка проявляється переважно у вигляді сенситивного типу: надмірне занепокоєння, яке може справляти в оточуючих погане враження про хворобу, а також занепокоєння з приводу свого комплексу неповноцінності і страх бути тягарем для своїх близьких. При цьому цікаво відзначити, що пацієнти до 50 років мали нижчий рівень соціальної адаптації, ніж старша група, на 58% більш конструктивне ставлення до хвороби. Кількість хворих, які зберегли соціальну адаптацію та конструктивне ставлення до хвороби: 28,1% у гастроентерологічному та 60% у пульмонологічному.

У хворих усіх секторів переважає психологічна спрямованість реагування на хворобу неврастенічного типу, що супроводжується спалахами роздратування, вимогами негайного лікування.

Висновок: отримана інформація про пацієнтів цих класифікаційних груп захворювань може бути використана для підвищення ефективності лікування та реабілітації, соціальної адаптації. Визначено основні типи (ергопатичний та гармонійний) їхнього ставлення до хвороби та особливості, за якими відрізняється їх індивідуальна реакція на хворобу.

Т.А. Гавій

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Кафедра внутрішньої медицини №3

Н.О. Музика (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: у сучасному світі артеріальна гіпертензія(АГ) є одним із найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи та набуває характеру епідемії. Найважливішим чинником широкого поширення хвороби є відсутність регулярного контролю артеріального тиску(АТ) у пацієнтів та низька прихильність до гіпотензивної терапії(ГТ). За статистичними даними більше половини пацієнтів з АГ характеризуються низьким комплаєнсом. За умов постійної патогенетичної ГТ, можливо запобігти прогресуванню та розвитку ускладнень, особливо таких як інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу та т.п.

Мета: оцінити прихильність та комплаєнність до ГТ у пацієнтів з гіпертонічною хворобою(ГХ) другої(II) стадії(ст.).

Матеріали та методи: у дослідженні взяли участь 20 пацієнтів з ГХ II ст.(середній вік $59,25 \pm 5,5$ роки). Дослідження проводили на базі неврологічного відділення Вінницької міської клінічної лікарні №1. Критерії включення в дослідження були наступні: згода пацієнта на участь в проведенні дослідження; вік ≤ 70 років; ГХ II ст. (підтверджена за даними ехоКГ або ЕКГ). Критерії виключення: відсутність згоди пацієнта на участь в проведенні дослідження; вік понад 70 років; гострий коронарний синдром; стабільна стенокардія III-IV ФК; ХСН група С, D, ФВ $\leq 40\%$; важкі аритмії; наявність важкої супутньої патології. Клінічний метод включав вивчення даних медичної документації та анкетування. Анкетування включало бесіду із заповненням розробленої картки.

Результати: в ході аналізу отриманих даних та опрацювання анкет було встановлено, що щоденний контроль АТ в домашніх умовах проводить більша частина пацієнтів -15(75,00%), що вказує на високий рівень офісного моніторингу ГХ, це безумовно є позитивним результатом. Гіпотензивні препарати (інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту, β -блокатори, діуретики, антагоністи Ca^{2+} в різних стандартних комбінаціях) отримує 20 обстежених пацієнтів (100,0%), що вказує на високу прихильність до лікування. При цьому отримані наступні показники: систолічний АТ $140,75 \pm 9,9$ мм.рт.ст., діастолічний АТ $82,55 \pm 7,1$ мм.рт.ст., ЧСС $70,2 \pm 1,4$ уд/хв. Отримані результати вказують, що пацієнти мають I ступінь АГ (САТ < 160 мм.рт.ст, ДАТ < 100 мм.рт.ст. згідно рекомендацій International Society of Hypertension, 2020). Поруч з цим цільових рівнів АТ досягли лише 6 пацієнтів(30,0%), що безперечно вказує на потребу у підборі ГТ та їхніх доз для більш жорсткого контролю АТ. При цьому свого сімейного лікаря відвідує з метою отримання ГТ за державною програмою 'Доступні ліки' лише 12 пацієнтів, що склало 60,0% обстежених хворих.

Висновки: щоденний контроль АТ в домашніх умовах проводить більша частина пацієнтів -15(75,00%), що вказує на високий рівень офісного моніторингу ГХ. Обстежені пацієнти мають перший ступінь АГ, хоча цільових рівнів АТ досягли лише 6 пацієнтів(30,0%). Сімейного лікаря відвідує лише 12 пацієнтів, що склало 60,0% обстежених хворих. Тому потрібно продовжувати інформаційну роботу серед населення про АГ та профілактику можливих ускладнень.

М. Гаджиєва

МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ ЯК ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ДІАГНОСТИКИ СПОНДИЛОДИСЦИТУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Р. Г. Пелін (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: спондилодисцит - інфекційний процес, що охоплює міжхребцеві диски з розповсюдженням на суміжні з ними хребці. Захворюваність в розвинутих країнах становить 4-25 випадків на 1 млн. населення в рік, летальність складає 2-17%. В міжнародній класифікації хвороб відноситься до 13 класу – хвороби кістково-м'язової системи. За джерелом інфекції розрізняють: первинний спондилодисцит, що виникає як самостійне

захворювання та вторинний - ускладнення після інвазивних втручань на хребет, що з кожним роком стають все більш популярними. Найчастіше даний патологічний процес розвивається у поперековому відділі хребта, тому больовий синдром, що характерний для спондилодисциту, буде мати відповідну локалізацію. Магнітно-резонансна томографія є важливим та найбільш точним методом діагностики спондилодисциту.

Мета: дослідити важливість магнітно-резонансної томографії у діагностиці спондилодисциту.

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури на ресурсах PubMed, Radiopaedia, NBSCl.

Результати: в інструментальній діагностиці спондилодисциту «золотим стандартом» є магнітно-резонансна томографія. Чутливість даного методу становить приблизно 96%, специфічність— 93%, точність діагностики— 94%. Під час розвитку спондилодисциту міжхребцевий диск стає осередком накопичення запальної рідини, викликаючи в подальшому деформацію хребців та хребта в цілому, що дозволяє диференціювати дану патологію від дегенеративних хвороб, при яких вказані зміни відсутні та збережена геометрія хребта. Завдяки магнітно-резонансній томографії можна виявити вогнища інфекційного процесу вже на першому тижні захворювання. При цьому в режимі T1 спостерігається гіпоінтенсивний сигнал від міжхребцевих дисків і хребців та посилення сигналу від даних анатомічних структур в режимі T2. Розвиток спондилодисциту також характеризується зменшенням висоти міжхребцевого диску, ознаками паравертебрального та епідурального запалень. За наявності даної патології може розвиватися набряк кісткового мозку і лише магнітно-резонансна томографія дозволяє виявити наявність цього патологічного процесу. Для підвищення точності діагностики використовується контрастування гадолінієм, що значно посилює інтенсивність МР–сигналу.

Висновки: отже, магнітно-резонансна томографія є високочутливим та специфічним методом діагностики спондилодисциту, що дозволяє вважати даний метод інструментального дослідження «золотим стандартом».

А.В. Гандзюк, А.С. Рудяк, А.С. Старшикова

МЕДИЦИНА ПОДОРОЖЕЙ. ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ М. ВІННИЦІ ЩОДО РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Л.С. Медведєва (асистент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Кліщовий енцефаліт (КЕ) — це арбовірусне захворювання, яке є осередково ендемічним у деяких частинах Європи та Азії. Оскільки поширеність КЕ у всьому світі зростає, тому недостатня обізнаність про ризики цієї небезпечної для життя хвороби та несвочасна профілактика подорожуючих може призвести до збільшення частоти виникнення захворювання та згодом до розвитку ускладнень.

Мета. Оцінити рівень проінформованості мандрівників та їхнє ставлення до отримання рекомендацій у випадку захворювання на КЕ, практику туристичних агенств щодо надання консультацій перед поїздкою.

Матеріали та методи. Ми використовували онлайн-анкетування для ідентифікації осіб віком 18-65 років у м. Вінниця, які подорожували до ендемічних щодо КЕ країн у період між 2017 та 2022 роками. Зі всіх опитуваних перших 375 респондентів, які повідомили, що вони брали участь у заздалегідь визначених видах діяльності, які становлять ризик, наприклад, походи в ліс, попросили заповнити додаткове онлайн-опитування та були також включені до вибірки ризику. Ми також використовували онлайн/телефонне анкетування персоналу туристичного агенства.

Результати та обговорення. Вибірка ризику відвідування ендемічних країн щодо КЕ включала 2365 осіб. 69% осіб чули про це захворювання, а 31% чули про вакцину проти

КЕ. Перед поїздкою мандрівники найчастіше шукали інформацію в Інтернеті (26%); менша кількість зверталися до сімейних лікарів (8%) або туристичних агенств (5%). У вибірці «активність-ризик» 79% мандрівників знали принаймні один правильний захід профілактики КЕ, однак лише 18% повідомили, що були вакциновані протягом останніх 3 років, а 13% вакцинованих подорожуючих зробили це за рекомендацією туристичного агенства. 180 представників туристичних фірм відповіли та повідомили, що вакцинація проти КЕ рекомендована в середньому 61% мандрівників до ендемічних регіонів. Послуги нагадування про вакцинацію, такі як запис на контрольний огляд, нагадування електронною поштою та текстовими повідомленнями пропонували 50% агенств.

Висновок. Отже, консультування людей, які їдуть до ендемічних районів КЕ допоможе збільшити розуміння епідеміології та ризиків виникнення захворювання серед мандрівників до інших країн. Існує потреба підвищити обізнаність про профілактику КЕ серед подорожуючих до ендемічних країн, і туристичні агенства можуть відіграти важливу роль у цьому процесі.

А.В. Гандзюк, А.С. Рудяк

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ АОРТОАРТЕРІТ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

О.А. Коробко (к.мед.н., доц. ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Неспецифічний аортоартеріт (НАА), або хвороба Такаюсу, згідно з Міжнародною номенклатурою васкулітів (International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides, 2012) – рідкісна форма системного васкуліту, що вражає великі магістральні судини. НАА пов'язаний із чималою захворюваністю та смертністю серед пацієнтів молодого віку. Ускладнення з боку серцево-судинної системи, які виникають у пацієнтів на хворобу Такаюсу, є головною причиною інвалідизації та смертності при НАА.

Мета – вивчити клінічний випадок неспецифічного аортоартеріту, що ускладнився гострим порушенням мозкового кровообігу.

Матеріали та методи. Пацієнтка А., 32 років, поступила до НДІ реабілітації осіб з інвалідністю ВНМУ ім. М. І. Пирогова зі скаргами на загальну слабкість, слабкість у правій частині тіла, порушення мови. Із анамнезу: вважає себе хворою протягом останнього року, коли вперше з'явилися загальна слабкість, запаморочення, що розцінювалось як наслідок перенавантаження. Після втрати свідомості пацієнтка була госпіталізована до стаціонару, де виставлено попередній діагноз «Розсіяний склероз», призначено лікування. Стан хворої погіршувався, вона перенесла гостре порушення мозкового кровообігу з порушенням мови та правобічним геміпарезом. Проведено КТ-дослідження, яке і підтвердило діагноз «Неспецифічний аортоартеріт». Пацієнтці виконано балонну ангіопластику зі стентуванням плечо-головного стовбуру зліва. З метою реабілітації хвора поступила в НДІ РОІ ВНМУ ім. М. І. Пирогова з діагнозом «Неспецифічний аортоартеріт. Оклюзія плечо-головного стовбуру, підключичної та сонних артерій зліва. Стан після балонної ангіопластики зі стентуванням плечо-головного стовбуру зліва. Вторинна симптоматична гіпертензія, стадія ІІІ, ступінь 2, ризик 4 (дуже високий). Залишкові явища перенесеного ГПМК за ішемічним типом в басейні лівої СМА у вигляді правобічного геміпарезу, гіпертензивне серце (ГЛШ за даними ЕКГ, ЕхоКГ). СНІ із збер. ФВ ЛШ, НУНА ІІ».

Результати та обговорення. Наведений клінічний випадок рідкісної патології хвороби Такаюсу продемонстрував неспецифічність початкових симптомів, що призвело до несвоєчасного встановлення діагнозу та виникнення його ускладнення – гострого порушення мозкового кровообігу, яке, в свою чергу, інвалідизувало пацієнтку молодого віку.

Висновок. Тому, у випадках, коли у хворих наявні перші симптоми НАА і є ознаки ураження серцево-судинної системи, сімейний лікар – лікар первинної ланки може бути першим фахівцем, до якого звертається пацієнт. Так як, дане захворювання характеризується неспецифічністю початкових симптомів, тому характерна низька частота його виникнення, що відповідно призводить до несвоєчасності встановлення діагнозу та призначення відповідного лікування. Необхідно, щоб сімейні лікарі, терапевти, ревматологи, нефрологи, кардіологи були більш освічені щодо симптомів даного захворювання, адже рання діагностика та своєчасне лікування буде сприяти покращенню прогнозу у хворих на НАА.

В.В. Гаркуша

ПОШИРЕНІСТЬ РІЗНИХ СПОСОБІВ ВЖИВАННЯ НІКОТИНУ СЕРЕД МОЛОДІ В УКРАЇНІ ТА АНАЛІЗ МОТИВАЦІЇ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
А.В.Демчук (професор, д.мед.н), В.Л. Побережець (PhD)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тютюнова індустрія активно розробляє нові способи вживання нікотину, які поширюються в світі, особливо у молодіжному середовищі. В Україні, через проживання в умовах війни та пошук засобів боротьби зі стресом, ризик споживання нікотину серед молоді значно вище, тому важливим є вивчення мотивації його споживачів.

Мета: Вивчити поширеність різних видів вживання нікотину та причини початку їх використання серед молоді в Україні під час війни.

Матеріали і методи: Нами було проведено он-лайн опитування 203 українців у листопаді-грудні 2022 року під час повномасштабного вторгнення Росії в Україну. Опитування поширювалось у групах у соціальних мережах (Telegram, Instagram, Viber і Facebook).

Результати: Було отримано відповіді від 203 респондентів із середнім віком $19,7 \pm 1,7$ роки (136 (67%) жінок, 67 (33%) чоловіків). Вживання нікотину відмітили 168 (82,8%) респондентів. Найбільш поширеними способами виявились застосування девайсів для нагрівання тютюну - 99 (48,8%) осіб та Pod-систем – 83 (40,9%) особи. Куріння сигарет посіло третє місце - 76 (37,4%) респондентів. Близько чверті опитаних користувались кальяном – 50 (24,6%). Деякі респонденти вживали снюс – 8 (3,9%), снафф – 4 (2%), жувальний тютюн – 4 (2%).

Третина опитаних (67 (33%) осіб) використовували лише один спосіб вживання нікотину, надаючи перевагу девайсам для нагрівання тютюну у 21 (10,3%) випадках, Pod-системам - у 19 (9,4%), сигаретам – у 17 (8,4%), кальяну – у 8 (4,0%), снюсу – 2 (1,0%). Два різні способи вживання нікотину використовували 56 (27,6%) респондентів, 3 способи - 39 (19,2%), 4 способи - 4 (2%) та 2 (1%) особи застосовували 5 різних способів вживання нікотину.

Серед 141 (69,5%) респондента, що використовували сучасні пристрої для вживання нікотину, більшість починали як курці сигарет (113 осіб (80,1%)), інші 25 осіб (17,7%) спершу користувались сучасними девайсами для паління, решта стартували зі снюсу, снафу або кальяну.

Серед осіб, для кого досвід вживання нікотину почався із сучасних девайсів, найчастішими причинами для цього були: поради друзів – 11 відповідей (44,0%), бажання підтримати спілкування у компанії – 7 відповідей (28,0%), реклама у соціальних мережах – 6 відповідей (24,0%).

Мотивацією перейти на сучасні девайси було бажання перейти на менш шкідливе вживання нікотину – 34 відповіді (30,1%), бажання спробувати щось нове – 25 відповідей (22,1%), бажання кинути палити – 20 відповідей (17,7%), можливість вибору унікального аромату – 20 відповідей (17,7%).

Висновки: Переважна більшість молоді використовує девайси для нагрівання тютюну та розчинів нікотину. Трохи більше третини респондентів курять сигарети. Споживанню нікотину двома і більше способами надають перевагу дві третини опитаних. Рекомендація друзів виявилась основною причиною почати використовувати сучасні девайси для куріння для тих, хто ніколи не курив. Основною ж причиною перейти до використання сучасних пристроїв, серед осіб, які вже курять, є бажання перейти на менш шкідливе вживання нікотину.

Я.Д. Гладкий, Е.І. Заремба

РЕСВЕРАТРОЛ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХОЗЛ ТА КОМОРБІДНИХ СТАНІВ.

Кафедра внутрішньої медицини №2

С. В. Нечипорук (к. мед. н., доцент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У світі 8 – 22 % дорослих страждають на ХОЗЛ. За даними ВООЗ щороку гине понад 3 млн людей. У хворих на ХОЗЛ часто діагностуються хвороби серцево-судинної системи, метаболічний синдром, цукровий діабет 2 типу та інші захворювання, в основі яких провідну роль відіграє хронічне системне низькоінтенсивне запалення (СНЗ) та інсулінорезистентність (ІР). Ці коморбідні стани впливають на тяжкість перебігу ХОЗЛ та погіршують якість життя. За даним досліджень ресвератрол (РСВ) має протизапальний, антиоксидантний, антиглікемічний та кардіопротекторний ефекти. Тому використання РСВ у комплексному лікуванні ХОЗЛ може покращити перебіг хвороби та зменшити негативний вплив коморбідних станів, поліпшуючи якість і тривалість життя пацієнтів.

Мета: Провести аналіз джерел сучасної літератури вітчизняних та закордонних дослідників щодо перспектив застосування ресвератролу при ХОЗЛ та пов'язаних з ним коморбідних станів.

Матеріали та методи: Ретроспективний огляд опублікованої літератури та інформаційна обробка бази даних пошукових систем PubMed, ResearchGate, ScienceDirect.

Результати: Наукові дослідження підтверджують ведучу роль СНЗ в якості базисного патофізіологічного механізму ХОЗЛ та пов'язаних з ним коморбідних захворювань. Ключовою молекулою, яка регулює інтенсивність СНЗ є протизапальний ядерний фактор каппа В (NF-κB) експресований в ендотелії. Активація NF-κB відіграє центральну роль в різних внутрішньоклітинних процесах: запаленні, імунної відповіді, проліферації, апоптозі та раку. РСВ справляє позитивний ефект за діабету та діабетичних судинних ускладнень. Дослідження, проведені на моделях діабету, показали, що хронічне введення РСВ знижує гіперглікемію, поліпшує толерантність до глюкози, послаблює дисліпідемію та діабетичну кардіоміопатію, захищає β-клітини підшлункової залози. В іншому дослідженні 62 пацієнти із ЦД2 отримували РСВ перорально протягом 3 місяців. Результати показали, що лікування значно зменшувало в них рівень HbA1c та систолічний АТ. Один із кардіопротекторних механізмів РСВ обумовлений здатністю підвищувати регуляцію eNOS, що сприяє опосередкованій NO вазодилатації, знижуючи АТ та агрегацію тромбоцитів, рекрутуванню лейкоцитів, пригніченню розвитку та прогресування атеросклерозу. РСВ пригнічує фото-старіння шкіри, спричиненого впливом УФ-опромінення, підвищуючи стійкість організму. Ця властивість є корисною для подовження тривалості життя та гальмування процесу старіння, що позитивно вплине на лікування. РСВ має канцеростатичний ефект, пригнічує проліферацію клітин через апоптоз, зупинку клітинного циклу в S-фазі й автофагію.

Висновки: Враховуючи широкий спектр фармакологічної активності РСВ: протизапальний, антиоксидантний, антигіперглікемічний, канцеростатичний, кардіопротекторний ефекти, свідчать про його перспективність застосування у комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ

та пов'язаних з ним коморбідних станів. Подальше дослідження впливу РСВ на СНЗ та ІР буде сприяти профілактиці, лікуванню та покращення якості життя хворих на ХОЗЛ.

О.Є. Гріжимальська

ВПЛИВ ПСОРІАТИЧНОЇ ХВОРОБИ НА ОРГАН ЗОРУ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Т.В. Мельник (асистент, доктор філософії)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Псоріаз уражає 1-3% дорослого населення, має негативний вплив на якість життя пацієнтів і пов'язаний з кількома системними ускладненнями, в тому числі серцево-судинними, метаболічними, цереброваскулярними, суглобовими, аутоімунними та ураженнями очей. Очні прояви особливо пов'язані з артропатичною або пустульозною формами псоріазом.

Мета: На представленому клінічному випадку вивчити найбільш небезпечне офтальмологічне ускладнення - виразку рогівки, та шляхом підбору оптимального методу лікування попередити сліпоту.

Матеріали та методи дослідження: У дослідженні використовували наступні методи для обробки даних: реєстрування, ранжування, порівняння. Також медичну літературу, дані з історії хвороби та результати зібраного анамнезу.

Результати: Під нашим спостереженням знаходився пацієнт 72 років, який хворіє наступним захворюванням більше 30 років: Поширений псоріаз, змішана форма, стаціонарна стадія, псоріатична артропатія, ПФС 1-2 ст. Об'єктивно: на шкірі волосистої частини голови, тулуба, кінцівок та в ділянках колінних та ліктьових суглобів спостерігається поширена епідермодермальна папульозна висипка рожевого кольору зі сріблястим лусочками, які легко відшаровуються, на поверхні. Псоріатична тріада позитивна. При огляді гомілковостопного та колінних суглобів відмічається пастозність, інфільтрація та порушення функції. Протягом 30 років в період загострення отримувал наступну схему лікування: метатрексат, фолієву кислоту, вітаксон, серату, анкіомедин, аденомак. Останні 12 років відчув погіршення стану, особливо почали турбувати суглоби. Рік тому при значному загостренні був проконсультований ревматологом та отримав такі рекомендації: Дипроспан 1,0 внутрішньом'язово 1-2 рази на місяць. Після пройденого лікування вперше з'явилися скарги зі сторони очей, а саме: сухість, відчуття стороннього тіла, печія обох очей. Через 3 місяці хворий звернувся по швидкій допомозі до офтальмолога зі скаргами на печію, почервоніння, біль, сльозотечу, світлобоязнь лівого ока, які виникли після самостійного використання крапель дексаметазон. При офтальмологічному обстеженні: Vis OD-0.7 ВОР-19 мм.рт.ст., оточуючі очницю тканини ока, повіки не змінені, кон'юнктива рожева, передня камера середньої глибини, зіниця діаметром 3мм, на світло реагує, кристалик прозорий, очне дно без патології. Vis OS-рух пальців перед обличчям ВОР-пальпаторно норма, оточуючі очницю тканини гіперемовані, паралімбально на 3-х годинах з розповсюдженням на рогівку, відмічається виразка розміром 7×3×3мм. Пацієнту було встановлено діагноз: Стероїдна виразка рогівки лівого ока.

Висновки: Отже, при призначенні загальної терапії псоріатичної хвороби, потрібно враховувати вплив препаратів системної дії на всі органи та системи організму. Описаний клінічний випадок доводить негативний вплив тривалого використання системних глюкокортикостероїдів на рогівку ока. Саме тому рекомендується обов'язковий офтальмологічний огляд пацієнтів з псоріазом 1 раз на рік.

А.П. Грудка, А.А. Балян

ПОРУШЕННЯ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННІ СИСТЕМНІ ВАСКУЛІТИ

Кафедра внутрішньої медицини №3

Ю.Ю. Шушковська (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Первинні системні васкуліти (СВ) — це гетерогенні мультисистемні захворювання, що характеризуються запаленням і некрозом стінок судин малого, середнього та великого калібру. Частота залучення та симптоми ураження серця при первинному СВ варіюють залежно від виду васкуліту. Серцево-судинні прояви включають кардіоміопатію, коронарний артеріїт, перикардит, вальвуліт, аритмії, блокади та розшарування аорти. Порухення серцевого ритму та провідності, за даними літератури, реєструють у 66-70% хворих на первинні СВ (Gawałko et al. 2020).

Мета: узагальнити механізм виникнення та поширеність порушень ритму та провідності у пацієнтів із первинним СВ на основі аналізу клінічних випадків і даних іноземних літературних джерел.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз історій хвороб (ІХ) пацієнтів із первинним СВ, що лікувалися у ревматологічному відділенні КНП «ВМКЛ №1» протягом 2017-2022 рр.. Статистичну обробку отриманих показників проведено із використанням пакету Statistica 10.

Результати: під час аналізу 24 ІХ пацієнтів із діагнозом первинний СВ, госпіталізованих у ревматологічне відділення КНП «ВМКЛ №1» в період з 2017 по 2022 рік, було виявлено, що середній вік хворих становив $53,04 \pm 14,87$ років, а співвідношення жінок до чоловіків складало 16 (66,67%) : 8 (33,33%). Спостерігались такі первинні СВ: 1) гігантоклітинний артеріїт із ревматичною поліміалгією (М 31.5 за МКХ-10) – 1 (4,17%); 2) неспецифічний аортоартеріїт (хвороба Такаясу) (М 31.4) – 2 (8,33%); 3) вузликосий поліартеріїт (ВП) (М 30.1) – 3 (12,5%); 4) мікроскопічний поліангіїт (МПА) (М 31.8) – 1 (4,17%); 5) еозинофільний гранулематоз із поліангіїтом (ЕГПА) (М 30.1) – 1 (4,17%); 6) гранулематозний поліангіїт (ГПА) (М 31.3) – 1 (4,17%); 7) ІgА-асоційований васкуліт (М 31.8) – 8 (33,33%); 8) шкірний лейкоцитокластичний васкуліт (М 31.8) – 1 (4,17%); 9) інші некротизуючі васкулопатії (М 31) – 2 (8,33%); 10) СВ (М 31.8) – інші уточнені некротизуючі васкулопатії – 4 (16,66%), 2 з яких – первинний ангіїт ЦНС. Порухення ритму та провідності виявлено у 10 (41,67%) пацієнтів, середній вік становить $58 \pm 12, 74$ років. Співвідношення жінок до чоловіків – 6 (60%) : 4 (40%). Спостерігались такі види аритмій: 1) ІgА-асоційований васкуліт – 2 (20%): а) синусова тахікардія (СТ), персистуюча форма фібриляції передсердь (ФП); б) постійна форма ФП; 2) ВП – 2 (20%): а) СТ, суправентрикулярна екстрасистолія (СЕ); б) СТ, СЕ і шлуночкова екстрасистолія (ШЕ), міграція водія ритму по передсердях; 3) МПА – 1 (10%): постійна форма ФП; 4) первинний ангіїт ЦНС – 1 (10%): постійна форма ФП; 5) ЕГПА – 1 (10%): СТ, СЕ; 6) хвороба Такаясу – 1 (10%): СТ, ШЕ; 7) СВ – 2 (20%): СТ у двох випадках.

Висновки: порушення серцевого ритму та провідності є поширеним клінічним проявом ураження серця при первинних СВ. Найчастіше спостерігаються СТ, постійна форма ФП та СЕ, що потребують своєчасної діагностики та лікування для контролю якості життя пацієнтів та зменшення смертності від серцево-судинних причин.

А.М. Дуник, А.М. Ошарова

СИНДРОМ ГІПЕР-IgD АБО ДЕФЦИТ МЕВАЛОНАТКІНАЗИ

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

О.Б. Бондарчук (к.м.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Мевалонатний шлях є важливим метаболічним шляхом, необхідним для біосинтезу довголанцюгових ізопреноїдних ліпідів фарнезилдифосфату та геранілгеранілдифосфату (GGPP). Дисрегуляція мевалонатного шляху пов'язана з різними захворюваннями людини, і особливо із запаленням. Найбільш яскравим прикладом є дефіцит генетичного аутозапального розладу мевалонаткінази (МКД). Поширеність даної патології в Європі становить 1:50000. В Україні на даний момент діагностований тільки один пацієнт із синдромом МКД.

Мета. Проаналізувати дані світової літератури щодо рідкого аутосомно-рецесивного захворювання (МКД), його патогенезу, тригерних факторів та клінічних проявів.

Матеріали і методи. Ретроспективний огляд медичної літератури та інформаційна обробка вітчизняних та іноземних онлайн-джерел National library of medicine та Pubmed.

Результати. Дефіцит мевалонаткінази (МКД) охоплює спектр орфанних аутозапальних розладів, спричинених рецесивно-успадкованим дефектом ізопренового біосинтетичного шляху. Було виявлено, що дефект гену MVK не тільки втручається в мевалонатний шлях синтезу холестерину, але і призводить до епізодів гіперзапалення з підвищеною секрецією IL-1 β . Вперше ця хвороба була описана в журналі Lancet в 1984 році під назвою гіперімунोगлобулінемія D новий синдром (HIDS). Захворювання починається у ранньому дитячому віці з однаковою частотою у хлопчиків та дівчаток. HIDS проявляється періодичними епізодами мультисистемного запалення, яке характеризується лихоманкою до 41°C у поєднанні зі шкірним висипом, лімфоаденопатією, нудотою, болями в животі, діареєю та вираженою артралгією. Біль в животі може бути найбільш помітним та виснажливим проявом системного запалення. Інтервали між нападами від 4 до 6 тижнів, які можуть зменшуватися з часом. Факторами, що провокують захворювання, є: вірусна інфекція, вакцинація, травми та оперативні втручання. Діагностично значимими є підвищені рівні IgD та IgA (у 80 % випадків) у крові та наявність мевалонатової кислоти у сечі під час нападу лихоманки (скринінговий тест). Проте у 20 % пацієнтів виявляються нормальні рівні IgD та IgA, тоді HIDS може бути діагностований за клінічними та генетичними даними. Залежно від виду мутації гена MVK виділяють дві форми синдрому періодичної лихоманки: легшу – гіпер-IgD синдром, для якого характерне невелике зниження активності ферменту мевалонаткінази, та важчу – мевалонову ацидурію (МА), що характеризується майже повною відсутністю його активності. Пацієнти з цією формою страждають на важкі атаки лихоманки, що виникають з народження. Характерні також затримка фізичного та психомоторного розвитку, гіпотонія, атаксія, катаракта. У межах однієї сім'ї тяжкість клінічних проявів може відрізнятися між окремими її представниками, які страждають на цю патологію. Середній період від початку хвороби до діагностики приблизно 9,9 років у пацієнтів, які не мають сімейного анамнезу HIDS.

Висновки. Лікарям різних фахів потрібно знати про існування такого орфанного захворювання, яке перебігає під “масками” інших хвороб. Вчасне виявлення HIDS дозволить правильно лікувати пацієнта та покращити якість його життя.

К.Р. Дяченко

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ МІННО-ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ

Кафедра внутрішньої медицини №3

Науковий керівник О.І. Афанасюк (к. мед. н., доцент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Війна внесла свої корективи в загальний стан людей, збільшивши прояви з боку серцево-судинної системи. Змінився психологічний стан зі збільшенням тривожності та

депресивних розладів. У військовослужбовців додатковий вплив мають відсутність повноцінного відпочинку, поранення.

Мета. Дослідити стан серцево-судинної системи у постраждалих із мінно-вибуховою травмою.

Матеріали та методи. Обстежено 74 пацієнта, що були госпіталізовані з мінно-вибуховою травмою м'яких тканин та ЗЧМТ. Критерії включення у дослідження: отримання травми менше місяця тому. Критерії виключення: вік понад 50 років, проникаючі поранення голови, грудної та черевної порожнин, захворювання серцево-судинної системи, діагностовані до травми, важкий стан пацієнта. Середній вік $38,74 \pm 8,68$ років. За наявності порушень ритму чи провідності проведено добове моніторування ЕКГ, при підвищенні АТ – добовий моніторинг АТ. Всі пацієнти проанкетовані для визначення реакцій на травматичні події.

Результати. У 23 (31,08%) хворих діагностована артеріальна гіпертензія із САТ 140-180, ДАТ – 90-100 мм рт. ст. У всіх пацієнтів з артеріальною гіпертензією була діагностована закрита черепно-мозкова травма, акубаротравма. При добовому моніторуванні АТ 21 (91,3%) пацієнт мав добовий профіль non-dipper, 2 (8,7%) - night reaker. Індекс навантаження тиском $56,4 \pm 2,36\%$, швидкість ранкового наростання АТ $16,32 \pm 1,29$ мм.рт. ст, ступінь наростання АТ у ранкові години $34,4 \pm 3,95$ мм рт.ст., синусова тахікардія – у 70 (94,59%) хворих, синусова брадикардія – у 3 (4,05%), що асоціювалась з забоєм головного мозку. Нестійкі пароксизмальні тахікардії зустрілись у 28 (37,84%) хворих, з них 21,62% надшлуночкові, 16,22% – шлуночкові, інтермітуючий WPW синдром – у 4 (5,41%), шлуночкові екстрасистоли без епізодів пароксизмальної тахікардії – у 15 (20,27%). У хворого 28 років стався інфаркт міокарда, був стентований, на коронарографії - без значимих стенозів, що вказує на переважання вазоспазму. 21 (28,38%) пацієнт набрали 10 балів з 10 при анкетуванні щодо наявності стресових реакцій, 16 (21,62%) - 8-9 балів, що вказує на високу імовірність тривожних розладів. Порівнюючи показники добового моніторування АТ у пацієнтів з високим і з низьким ступенем стресових реакцій, достовірних змін в показниках не було, однак достовірно ($p < 0,05$) меншою була кількість шлуночкових екстрасистол без пароксизмальних тахікардій. В групі з високим ступенем стресових реакцій - висока лінійна кореляція між кількістю балів в анкеті та кількістю шлуночкових екстрасистол.

Висновки. Зміни в організмі при мінно-вибухових травмах сприяють розвитку порушень ритму та артеріальній гіпертензії, що пов'язано з вираженою активацією симпато-адреналової системи та особливостями самого пошкодження. Додатковий вплив на серцево-судинну систему з розвитком шлуночкових порушень ритму серця має значно підвищений рівень стресових реакцій на травматичні події, що може свідчити про розвиток тривожності і потребує врахування під час лікування.

В.В. Зьомко, В.І. Крохмаль

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА МІМІКРІЯ ПНЕВМОЦИСТНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ЛЖВ З ПНЕВМОНІЄЮ, ВИКЛИКАНОЮ SARS-COV-2

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.В. Швед (вк.ст.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Масштаби поширення ВІЛ протягом останніх десятиліть набули глобального характеру та створюють реальну загрозу для всього суспільства. Пневмоцистна пневмонія (ПП) – одна з найбільш поширених опортуністичних інфекцій серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Складність діагностики пневмонії, викликаной *P. jiroveci*, полягає у схожій клініко-рентгенологічній картині з пневмонією, викликанною SARS-Cov-2, що зумовлює здатність ПП мімікувати під коронавірусну пневмонію. Згідно із дослідженнями з журналу

«ClinMed» від 06.11.2020р. встановлено, що серед госпіталізованих пацієнтів з підозрою на COVID-19, рівень тестування на ВІЛ 5.5%.

Мета: Продемонструвати важливість раннього тестування на ВІЛ пацієнтів з атиповими пневмоніями.

Матеріали та методи: Аналіз клінічного випадку ПП та статей в PubMed, Scopus, UpToDate, The Lancet.

Результати: Хворий С., 1978 р.н., надійшов до пульмонологічного відділення 13.01.2021р. зі скаргами на сухий кашель, підвищення t° тіла до 38,6 $^{\circ}\text{C}$, слабкість, пітливість, задишку при ходьбі. На оглядовій рентгенографії ОГК виявлено неоднорідну інфільтрацію у верхній долі справа. ПЛР до SARS-Cov-2 негативний. Загальний стан хворого погіршувався, з'явилась потреба у респіраторній підтримці, так як рівень SpO_2 – 90%. 29.01.2021р. у зв'язку з важким станом пацієнта, відсутності позитивної динаміки вирішено провести швидкий тест на АТ до ВІЛ, який виявився позитивним. Важкість стану пацієнта ймовірно обумовлена поєднанням ПП з SARS-Cov-2-асоційованою пневмонією. При обох пневмоніях на оглядовій рентгенографії ОГК спостерігається двобічне посилення легеневого малюнка з подальшим зменшенням прозорості. Але ПП характеризується дифузними інфільтратами, що вражають переважно верхню долю та зберігають субплевральні ділянки, тоді як SARS-Cov-2-асоційована пневмонія представлена плямистими інфільтратами, головним чином локалізованих у нижніх частках із периферичним і субплевральним поширенням. Доцільним є проведення диференційної діагностики з іншими опортуністичними інфекціями, наприклад, туберкульозом за допомогою діагностичної системи «Gene Xpert», LAM-тесту.

Висновки: Вкрай важливо поставити правильний діагноз з метою вчасної діагностики та лікування опортуністичних захворювань, призначення АРТ та покращення якості життя пацієнтів. З метою уникнення так званих «діагностичних сумнівів» у доцільності призначення тесту на ВІЛ – рекомендовано дотримуватись міжнародних рекомендацій та призначати тест усім пацієнтам, у яких підозрюють чи діагностують пневмонію незалежно від її етіології. Такий підхід широко впроваджений у європейську практику, що дозволяє діагностувати ВІЛ-інфекцію та проводити лікування з урахуванням особливостей перебігу опортуністичних та супутніх захворювань.

В.В. Зьомко, В.І. Крохмаль
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ІНФЛАМЕЙДЖІНГ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Н.П. Масік (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні на сьогодні зареєстровано понад 12 млн. людей з артеріальною гіпертензією (АГ), переважну більшість якої діагностовано в старших вікових групах. Старіння та хронічні вік-асоційовані захворювання мають спільні молекулярно-клітинні механізми, зокрема оксидативний стрес, ендотеліальна дисфункція та хронічне системне запалення низької інтенсивності (СЗ). Для позначення цього феномена запропонований термін "інфламейджінг"(С.Franceschi). Незважаючи на доступність терапії, призначення пацієнтам новітніх антигіпертензивних препаратів, лікування АГ залишається проблемою.

Мета: дослідити показники активності СЗ у пацієнтів з АГ.

Матеріали та методи: на базі КНП «ВМКЛ №1» проведено ретроспективний аналіз 60 історій хвороб пацієнтів з АГ II та III стадій, серед яких 27 (45%) жінки та 33 (55%) чоловіки. Середній вік 65,85±13,13 років. Проаналізовано дані, що включали вік, стать, тривалість і ступінь АГ, її ускладнення, супутні захворювання, маркери запального процесу. Проведено аналіз наукової літератури в інтернет-ресурсах (PubMed, Scopus), що висвітлюють основні аспекти даної теми.

Результати: У результаті аналізу даних встановлено, що у хворих на АГ має місце підвищення маркерів СЗ. Так, вміст лейкоцитів був $(8,6 \pm 1,7) \times 10^9/\text{л}$; С-реактивного білка (СРБ) – $3,4 \pm 5,2$ мг/л; ШОЕ – $18,4 \pm 5,2$ мм/год. з надійністю 99,9%. Пацієнти з АГ III стадії мали вищі рівні показників у порівнянні з АГ II стадії, зокрема ШОЕ – на 32%, лейкоцити і СРБ – на 16%, що свідчить про інтенсифікацію СЗ зі зростанням тяжкості АГ. Встановлені достовірні кореляційні зв'язки стадії АГ і СРБ ($r=0,43$, $p<0,05$).

Згідно з даними наукової інформації СЗ — реакція імунної системи на стійкі пошкоджуючі стимули невеликої інтенсивності, що характеризуються активацією імунних клітин і підвищенням рівня цитокінів запалення; та можуть бути виявленими за допомогою високочутливих методів дослідження, наприклад високочутливого СРБ. Судинне запалення призводить до дисфункції ендотелію, збільшення судинного опору, ремоделювання і судинної жорсткості. Одним із факторів виникнення СЗ є хронічний стрес. Додаткова активація системи гіпоталамус-гіпофіз-наднирники призводить до резистентності глюкокортикоїдних рецепторів — ядерних транскрипційних факторів, які є природними регуляторами запалення. Супутнє вісцеральне ожиріння супроводжується підвищеною секрецією прозапальних цитокінів як ФНО- α , ІЛ-6 та адипокінів (лептину, резистину) та зниженням – протизапального цитокіну (адипонектину).

Висновки: Враховуючи наявність прямого зв'язку між показниками СЗ та АТ, актуальним є вивчення інфламейджінгу у пацієнтів з АГ як однієї з ймовірних патогенетичних ланок гіпертензивного ураження органів-мішеней. Відкриття механізмів імунної активації пропонує нові терапевтичні стратегії впливу на ці зміни, що є підґрунтям для розробки у подальшому ефективної антигіпертензивної терапії.

Д.О. Івашук, М.С. Рудишина

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДИХАЛЬНИХ ТЕСТІВ

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Нечипорук (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Повітря, що видихається людиною, містить кілька тисяч летких органічних та неорганічних сполук. Серед значної кількості газів екзогенного походження знаходяться продукти метаболізму організму. Біохімічні дослідження F. Francesco, M. Trivella, T. Risby, F. Rosk доводять, що поряд з відбитками пальців кожна людина має «відбитки» видиху. Концентрація біохімічних сполук у видиху обумовлюється процесами функціонування організму та наявними захворюванням, що є підставою до її використання у профілактиці та діагностиці хвороб. Дихальні тести є неінвазивними, безболісними, доступними, простими та безпечними у використанні. Їх широкому застосуванню сприяє відкриття сучасних пристроїв, що здатні фіксувати леткі сполуки у незначних концентраціях: інфрачервоних спектроскопів, електрохімічних сенсорів, підключених до смартфона портативних аналізаторів тощо. Тому актуальним є питання визначення біохімічних маркерів захворювання в повітрі, що видихається.

Мета: З'ясувати можливості діагностування захворювань внутрішніх органів за результатами вмісту біохімічних сполук у повітрі, що видихається пацієнтом.

Матеріали та методи: Аналіз, систематизація та узагальнення результатів профільних досліджень представлених на веб-ресурсах Medscape, PubMed та Google Scholar.

Результати: У медичній практиці з діагностичною метою використовують близько 80 дихальних тестів. Внаслідок життєдіяльності патологічних мікроорганізмів, у повітрі, що видихається пацієнтом, фіксується поява токсичних сполук або збільшення концентрації притаманних здоровій людині газів.

Аналіз останніх клінічних досліджень свідчить, що різні групи захворювань мають певні речовини-маркери: розлади ШКТ, мальабсорбція вуглеводів – H_2 , CH_4 ; хелікобактерна інфекція, ниркова недостатність – NH_3 ; гепатити, цироз печінки, жирова дистрофія – CO_2 , NO , C_4H_{10} , NH_3 ; гострий панкреатит – ацетон; бронхіальна астма – H_2O_2 ; кістозний фіброз – HCN ; захворювання коронарних артерій, гострий інфаркт міокарда – C_2H_4 ; атеросклероз судин – C_2H_5OH ; цукровий діабет – H_2S , CH_3OH , ацетон; токсикоз вагітних – C_2H_5OH , ацетон; розацеа, хронічна кропив'янка, червоний вовчак, колоподібне облісіння – NH_3 , NO ; захворювання ЦНС – CH_3OH ; шизофренія – CS_2 , C_2H_4 .

Сьогодні дуже важливою є рання діагностика онкологічних захворювань. Наприклад, рак легень можна діагностувати ще до появи перших симптомів, фіксуючи у пробі видиху наявність таких чотирьох маркерів, які продукують уражені клітини: 2-бутанон, 3-гідроксо-2-бутанон, 2-гідроксоацетальдегід, 4-гідроксогексаналь.

Дихальні тести є зручними у застосуванні, що обумовлює їх використання в педіатрії. Зокрема, Ю.В. Марушко описує методику визначення лактазної недостатності у дітей віком до 6 місяців.

Дихальні тести використовують також для контролю за різними етапами лікування. Вірогідність отриманих результатів становить 82-100%.

Висновки: Сьогодні дихальні тести є міжнародно визнаною діагностичною методикою. Вони сприяють ранній та точній діагностиці, дозволяють всебічно обстежити пацієнта, призначити ефективне лікування та контролювати його.

К.Д. Карячка, В.В. Кирилюк, Н.Ю. Капітанчук

ВПЛИВ ПАЛІННЯ НА НИРКИ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Г.О. Вишар (к.м.н, доц.), О.В. Темна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ 2021 року 850 млн. осіб у всьому світі страждають різними захворюваннями нирок. В Україні станом на 2021 рік близько півмільйона осіб страждають від хронічної хвороби нирок і потребують замісної ниркової терапії. Однією з причин розвитку ХХН є паління. Більшість людей навіть не підозрюють, що складові сигарет та інших електронних девайсів для паління мають шкідливий вплив на нирки. За даними дослідження, яке було проведено протягом 2005-2009 рр. в університеті Алеппо було визначено, що ризик виникнення ХХН у курців, стаж паління яких більше 30 пачко-років, складає 95%.

Мета: Оцінити наявність чи відсутності симптоматики захворювань нирок у студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова віком від 18 до 24 років, які палять та взагалі не палили.

Матеріали та методи: Проведено анкетування студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова віком від 18 до 24 років щодо наявності симптомів ураження нирок і їх зв'язку з палінням сигарет та інших електронних девайсів.

Результати: В анкетуванні взяло участь 60 респондентів, серед них студентів. Серед опитуваних, які палять, найбільше студентів віком 20 (26,7%) та 22 роки (26,7%). Найбільш популярними засобами паління виявились IQOS (53,3%) та сигарети (53,3%), одноразові електронні сигарети використовує 46,7%, кальян – 40%, Glo – 26,7% і найменше Vape – 13,3%. Респондентам було надано змогу обирати декілька варіантів, що показує використання одного і більше засобів одночасно. 15 респондентів (50%) споживають півпачки в день. Дослідження показало, що 6 респондентів (20%) скаржаться на часте сечовипускання, 1 (3,3%) – зміну кольору сечі, інші 23 опитуваних (76,7%) стверджують, що зміни у сечі відсутні. На біль у попереку скаржаться 8 респондентів (26,7%), шкірний свербіж – 3 (10%), підвищення артеріального тиску – 10 (33,3%), набряки обличчя – 1 (3,3%), верхніх кінцівок – 2 (6,7%).

Серед опитуваних, які не палять, 2 респонденти (6,7%) скаржаться на зміну кольору сечі, 3 (10%) – на часте сечовипускання, 1 (3,3%) – нічні сечовипускання, інші 27 опитуваних (90%) стверджують, що зміни у сечі відсутні. На біль у попереку скаржаться 2 респонденти (6,7%), шкірний свербіж – 7(23,3%), підвищення артеріального тиску – 4 (13,3%), набряки обличчя – 2 (6,7%), нижніх кінцівок – 2 (6,7%).

Висновок: Встановлено, що найбільшу частку тих, хто палить, складають студенти віком від 20 до 22 років. Найбільшою популярністю користуються IQOS та сигарети. Курці відмічають погіршення загального стану, підвищену втому, зниження тонусу шкіри, зміни сечі, підвищення артеріального тиску, що ймовірно може бути пов'язано із звуженням судин, дією токсинів та стимуляцією атеросклеротичних процесів під дією нікотину.

В.В. Килимчук

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Н.П. Масік (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: із початком повномасштабного вторгнення росії на територію України, війна та її наслідки виходять на перший план колективної та національної свідомості кожного громадянина. Враховуючи частоту негативного впливу подій на психоемоційний стан людини, доцільним є концентрація уваги на своєчасному виявленні та лікуванні психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на первинному рівні медичної допомоги. Діагностика ґрунтується на наявності хоча б одного з симптомів: інтрузії (невідступного переживання травматичної події), уникання, негативного настрою й когнітивних порушень, гіперреактивності.

Мета роботи: порівняти частоту проявів ПТСР у військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб із застосуванням різних опитувальників.

Матеріали та методи: було обстежено 75 осіб; із них 38 чоловіків (50,6%) та 37 жінок (49,4%), середній вік яких становив $39,65 \pm 1,63$ років. Пацієнтів було розподілено на три групи: I – військовослужбовці ЗСУ, які лікувались в КНП «ВМКЛ ШМД» (25 осіб); II група – внутрішньо переміщені особи, які вимушено проживають у м. Вінниця (25 осіб) та III група – контрольна (цивільні мешканці м. Вінниця). Визначали ймовірність виникнення ПТСР у пацієнтів, використовуючи опитувальник для скринінгу ПТСР, затверджений МОЗ України 23.02.2016 №121 (додаток до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад»); шкалу для оцінки ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), а також шкалу тривоги Спілберга-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) з метою виключення з дослідження осіб з особистісною тривожністю. Статистичну обробку проводили в «MS Excel».

Результати: аналіз анкет показав, що в осіб контрольної групи (III) практично не було виявлено ознак стресового розладу. Водночас в осіб I та II груп спостерігалися відхилення, які свідчили про ПТСР. Вища схильність до ПТСР за даними скринінгу виявлена у II групі (внутрішньо переміщені особи) – середній показник кількості позитивних відповідей переважав такий у пацієнтів групи I на 25,3 %. Аналогічна тенденція прослідковується за результатами двох інших опитувальників: середні показники рівня тривожності в групі II та ознаки ПТСР в даній групі переважали такі значення в групі I на 9,9 та 9,6 %, відповідно.

Висновки: вища схильність до ПТСР виявлена у внутрішньо переміщених осіб, порівнюючи з військовослужбовцями та цивільними особами. Застосування скринінгових опитувальників дозволяє виявити контингент осіб, які повинні бути направлені на додаткове обстеження щодо

можливого ПТСР із подальшою психологічною, фармакологічною та іншими видами корекції цього стану. Вчасна діагностика й лікування ПТСР зменшує ризик виникнення ускладнень з боку серцево-судинної (ішемічної хвороби серця, тромбоемболії, інфаркту міокарда, артеріальної гіпертензії) та імунної систем.

М.Ю. Кізлов

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

В.М. Жебель (професор, д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ішемічна хвороба серця є основним проявом хронічного коронарного синдрому (ХКС). Вважається, що першим кроком в лікуванні ХКС є оптимальна медикаментозна терапія (ОМТ). В 98% випадків в основі ХКС лежить атеросклеротичне ураження коронарних судин. Одним з проявів хвороби може бути стенокардія. На певному етапі розвитку ХКС (3,4 функціональний клас за NYHA стабільної стенокардії) може бути рекомендована коронарографія та наступне інвазивне лікування, але передує цьому проведення оптимальної медикаментозної терапії.

Мета: дати оцінку сучасним технологіям проведення оптимальної медикаментозної терапії у хворих із стабільним перебігом ішемічної хвороби серця.

Матеріали та методи: в ході дослідження використовувалися матеріали та рекомендації Європейської асоціації кардіологів, а саме «Принципи профілактики серцево-судинних захворювань в клінічній практиці», «Рекомендації по дисліпідеміям», «Рекомендації по хронічному коронарному синдромі в клінічній практиці» та інших сучасних гайдлайнів з лікування ХКС.

Результати: основними тенденціями сучасної оптимальної медикаментозної терапії при стабільному коронарному синдромі і його прояву - ішемічної хвороби серця, є застосування покрової терапії з індивідуалізованою диференціацією першого і послідуєчих кроків лікування. Базовими є 5 рекомендацій відносно ОМТ: 1) стандартна терапія; 2) терапія, що застосовується при частоті серцевих скорочень (ЧСС) > 80 уд/хв; 3) при низькій ЧСС (<50 уд/хв.); 4) терапія при дисфункції лівого шлуночка чи хронічній серцевій недостатності; 5) терапія при низькому артеріальному тиску. В ОМТ існує практика 4 кроків. Вже на першому кроці враховуються індивідуальні особливості: 1) вік : старші пацієнти можуть потребувати інших доз, порівняно з молодими; 2) супутні захворювання, при яких може змінюватися тип лікування; 3) рівень фізичної активності: пацієнти з високим рівнем фізичної активності можуть вимагати більш інтенсивного лікування порівняно з малоактивними пацієнтами; 4) генетичні фактори; 5) спосіб життя: фактори ризику, як куріння, вживання алкоголю, неправильне харчування впливають на вибір лікування; 6) відповідь пацієнта на попередній курс лікування. Ця ж тенденція підтримується на 2 та 3 кроках. У випадку недосягнення ефективності на 3 кроці , рекомендовано додати 4 крок. В якості 4 кроку до терапії додаються препарати: нікоранділ, ранолазин, чи триметадизин. При неефективності ОМТ рекомендується коронарографія та оперативне втручання, показами до якого є недостатній контроль симптомів медикаментозним лікуванням, великий розмір стенозу (>50%), суттєве погіршення якості життя.

Висновок: на сучасний період часу пропонується чітка система індивідуалізованого лікування хронічного коронарного синдрому. Це стосується як оптимальної медикаментозної терапії, так і рекомендацій відносно етапу інвазивного лікування.

М.Ю. Кізлов
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В РАДІОЛОГІЇ
Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології
Р.Г. Пелін (асист.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Телемедицина змогла ефективно покращити якість і доступність медичної допомоги, тому і має актуальність в різних напрямках охорони здоров'я. Таким чином виник ще один важливий напрямок – телерадіологія. Передача радіологічних зображень є найчастіше використовуваним та ретельно вивченим застосуванням телемедицини, проте ефективність даного засобу залежить від багатьох факторів, серед яких основним є – в якому саме клінічному випадку він використовується. Тому, з однієї сторони, це дає можливість підвищити ефективність роботи, економити час та подолати нестачу персоналу. З іншого боку, використання телемедицини включає в себе використання складного обладнання, яке може замінити відсутність адекватного персоналу з бажаним досвідом. Тому є потреба проаналізувати ефективність та в деяких випадках доречність телемедицини в радіології.

Мета наукової публікації: проаналізувати чи є конкретні засоби телерадіології ефективними в наданні медичної допомоги, зробивши огляд наукових статей.

Матеріали та методи наукової роботи: В ході дослідження використовувалися матеріали, з наукової літературі, зокрема дослідження 100 екстрених черепних КТ в журналі «Eur Radiol» та статистичні дані, з аналізом дослідженого та виділенням ключових фактів.

Результати: Дослідивши наукову літературу можна зазначити, що телерадіологія допомагає лікарням із меншою радіологічною інфраструктурою поділитися даними про дослідження пацієнта з крупнішими лікарнями для оцінки досвідченішим рентгенологом, що полегшує лікарям ведення пацієнтів. Проте зберігається ризик поставити під загрозу якість та безпеку догляду за пацієнтами через клінічні помилки, викликані пробілами у важливій клінічній інформації, які можуть бути отримані лише з традиційної історії хвороби пацієнта та фізичного огляду. Це підтверджує дослідження 100 черепних КТ в Інституті клінічної радіології, Мюнстерського університету. Патологічні КТ були відправлені засобами телемедицини експерту по телерадіології. У кожному випадку було задокументовано діагноз чергового рентгенолога, діагноз експерта на телерадіологічному екрані та діагноз експерта на оригінальній плівці, а також оцінка згоди між цими діагнозами. В результаті, у 77% діагнозів була відповідність між заключенням чергового лікаря та діагнозом нейрорадіолога. Однак в 23% виявилася клінічно значуща незгода між діагнозами лікарів на основі зображення на телерадіологічному моніторі.

Висновок: Телемедицина в радіології ефективно впливає на надання медичних послуг у багатьох випадках. Однак, розбіжність діагнозів у 23% випадків через недостатність клінічно значущої інформації є значним відсотком. Тому телемедицину в радіології не слід використовувати для зручності, щоб замінити справжню особисту історію пацієнтів та фізичне обстеження.

В.С. Козачук, В.В. Гаркуша
ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ: СОМАТИЧНІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
А.О. Довгань (к. мед. н. доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: за час пандемії гострого респіраторного захворювання COVID-19 в Україні захворіло 5389439 осіб, що складає 13,1% усього населення держави. Однак, багато пацієнтів

не можуть досягти повного відновлення здоров'я до попереднього стану. Постковідний синдром – сукупність симптомів, які виникають як наслідок хвороби COVID-19 та зберігаються тривалий час після зникнення основних симптомів хвороби.

Мета: дослідити соматичні та психоемоційні прояви постковідного синдрому у пацієнтів із важким перебігом гострого респіраторного захворювання COVID-19 та визначити їх частоту та виразність.

Матеріали і методи: обстежено 24 особи, що мали важкий перебіг гострого респіраторного захворювання COVID-19 в період з вересня 2022р. по січень 2023 р., та лікувались в інфекційному відділенні КНП ВМКЛ №1, середнім віком ($53,8 \pm 20,7$) років, з них 9 (37,5%) чоловіків та 15 (62,5%) жінок.

Проведено ретроспективний аналіз медичної документації та розроблена анкета, що містить запитання щодо суб'єктивного статусу пацієнта та оцінка стану психоемоційної сфери за шкалами Бека, РНҚ-9. Проведено телефонне опитування. Статистична обробка здійснена за допомогою пакету статистичних програм IBM SPSS 20.0 для Windows.

Результати: Серед опитаних нами осіб найбільш поширеними скаргами були: головний біль у 11 (45,83%), слабкість у 11 (45,83%), серцебиття у 10 (41,67%), надмірна втома у 9 (37,5%), порушення сну/свідомості у 9 (37,5%) осіб. У 54,17% (n=13) пацієнтів під час опитування виявлено комбінацію 3-х та більше симптомів, що прийняли за клінічно значимий постковідний синдром. Даний синдром був представлений кашлем у 61,54% (n=8) пацієнтів, задишкою різного ступеня – у 61,54% (n=8), при цьому середній бал за шкалою mMRC в цій групі становив – ($3 \pm 0,76$) балів, шумом у вухах – у 53,85% (n=7), біль у суглобах виявлявся у 53,85% (n=7), біль в м'язах – у 46,15% (n=6) осіб. При оцінці психологічного статусу було виявлено симптоми депресії помірного ступеня у 7,69% (n=1), легкого ступеня – у 46,15% (n=6). Тривожність за шкалою Бека легкого ступеня – у 23% (n=3), помірного ступеня – у 23% (n=3) осіб.

Висновок: встановлено, наявність постковідного синдрому у 54,17% опитаних нами пацієнтів, що перенесли гостре респіраторне захворювання COVID-19 протягом останніх 3-х місяців. Він проявлявся змінами соматичного та психоемоційного статусу пацієнтів і потребує подальшого спостереження та корекції.

П.Є. Кочерга, Ю.П. Пашкова, Л.М. Сурсаєва

ВИКОРИСТАННЯ ОПИТУВАЛЬНИКА SF-36 В ОЦІНЦІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

Ю.П. Пашкова (к.мед.н., доцент), Л.М. Сурсаєва (*PhD, асистент*)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: поширеність кислотозалежних захворювань (КЗЗ) є однією з найбільших серед хвороб шлунково-кишкового тракту. Медико-соціальне значення КЗЗ, визначається їх значним внеском у патологію людей соціально активного віку, витратами на діагностику і лікування, зниженням якості життя (ЯЖ) і працездатності.

Мета: покращити оцінку ЯЖ у хворих з КЗЗ (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), Н.рулогі асоційований гастрит, пептична виразка шлунку/12 п.к. (ПВШ/ПВДК)) шляхом використання опитувальника SF-36.

Матеріали і методи: до основної групи увійшло 59 хворих з КЗЗ (з них у 20 - ГЕРХ, у 19 - Н.рулогі асоційований гастрит, у 20 ПВШ або ПВДК), середній вік $49,19 \pm 0,66$ років. У контрольну групу (n=42) увійшли особи без ознак ураження ШКТ (середній вік $50,14 \pm 0,99$ років) за відсутності скарг та вказівок на КЗЗ в медичній документації. Пацієнти основної групи отримували стандартну медикаментозну терапію, згідно чинних протоколів МОЗ України, з обов'язковою присутністю в лікуванні ІПП (омепразолу чи пантопразолу). Для

оцінки ЯЖ використовували загальний медичний опитувальник SF-36 який містив показники: фізичне функціонування PF; рольове функціонування фізичним станом RP; біль BP; загальне здоров'я GH; життєдіяльність VT; соціальне функціонування SF; рольове функціонування емоційним станом RE, психічне здоров'я MH і був застосований на початку і наприкінці лікування. Опитувальник містив питання на яку добу 3 або 5 від початку терапії ППП у пацієнта зменшилась печія/біль/нудота.

Результати: у представників основної групи результати фізичного і психічного здоров'я були вірогідно нижчі і відповідали зниженому і середньому референтному показнику ЯЖ, ніж у групі контролю, які знаходились в межах середнього і підвищеного рівня ЯЖ ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи встановлено достовірно вищі рівні показників фізичного (PF – 72,31%, BP – 61,03%, GH – 59,48%) та психологічного (VT – 62,17%, SF – 74,50%) компонентів здоров'я наприкінці лікування, що відповідають підвищеному рівню ЯЖ за референтними значеннями, ніж на початку лікування: PF – 50,86%, BP – 42,62%, GH – 37,63%, VT – 36,10%, SF – 46,31% ($p < 0,05$). Серед пацієнтів основної групи 69,5% хворих ($n=41$) отримували в якості ППП - пантопризол а 30,5% хворих ($n=18$) – омепризол ($p < 0,05$). Встановлено, що 66,7% ($n=12$) хворих, що отримували омепризол відмічали зменшення клінічних проявів на 5 добу лікування, а лише 33,3%, $n=6$ на 3 добу ($p < 0,05$). Серед хворих, які лікувались пантопризолом, у 63,41% ($n=26$) відмічалось зниження клінічної симптоматики на 3 добу лікування, у 36,59% пацієнтів ($n=15$) на 5 добу лікування ($p < 0,05$).

Висновки: пацієнти з КЗЗ мали статистично значимо нижчий рівень ЯЖ за усіма шкалами опитувальника SF-36, щодо таких у групі контролю. Після проведеної стандартної медикаментозної терапії у пацієнтів основної групи вірогідно збільшились показники фізичного і психологічного здоров'я. Таким чином, опитувальник SF-36 виявився ефективним для оцінки ЯЖ пацієнтів з КЗЗ.

Т.В. Кротюк, Т.В. Шевчук

ВПЛИВ ЗАГОСТРЕННЯ ПОДАГРИ НА РИЗИК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра внутрішньої медицини №2

О.В. Гуменюк (к.мед.н., ас. ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смертності у всьому світі. Окрім традиційних серцево-судинних факторів ризику, запалення є важливим фактором ризику ССЗ. Подагра - поширене запальне захворювання, особливо серед людей похилого віку, характеризується рецидивуючими епізодами гострого запального артриту. Пацієнти з подагрою мають вищий рівень ССЗ, незалежно від традиційних серцево-судинних факторів ризику, що є важливим для клінічної практики.

Мета: Оцінити вплив загострення подагри на ризик серцево-судинних захворювань, гострого інфаркту міокарда (ІМ) або інсульту, після загострення подагри.

Матеріали та методи: Пошук і аналіз закордонних літературних джерел за період 2010-2022 років за допомогою електронних баз даних PubMed, Embase, Springer, Cochrane Library і електронних медичних записів із Clinical Practice Research Datalink.

Результати: Подагра характеризується запаленням низького ступеня з підвищеною концентрацією прозапальних цитокінів і активних форм кисню, утворенням позаклітинних пасток нейтрофілів, ендотеліальною дисфункцією та гіперактивністю тромбоцитів, що може спровокувати атеротромбоз. Загострення подагри характеризуються запаленням через активацію нейтрофілами комплексу білків інфламасом, а саме NALP3. Нейтрофільне запалення пов'язане з нестабільністю та розривом атеросклеротичної бляшки. Активовані запальні клітини в бляшці посилюють регуляцію білків відповіді господаря і сприяють

окислювальному стресу, що призводить до дестабілізації бляшок. Це може пояснити зв'язок між ССЗ та нещодавніми попередніми загостреннями подагри. Крім того, гостра інфекція та хірургічне втручання пов'язані з фібриляцією передсердь, те ж саме може бути у випадку загострень подагри, забезпечуючи інший потенційний механізм. Американська кардіологічна асоціація показала, що пацієнти з ішемічною хворобою серця (ІХС), хворі на подагру, мають на 15 % більше шансів померти від ІХС, ІМ, інсульту. Також дослідження показало, що жінки віком ≥ 65 років з подагрою мають підвищений ризик ІМ. Молоді жінки з подагрою мають особливо високий ризик серйозних судинних захворювань. Доведено, що підвищення рівня сечової кислоти в сироватці крові є хорошим предиктором підвищеного ризику ССЗ у молодих людей.

Висновки: Отже, дослідження показало, що загострення подагри пов'язане з підвищеним ризиком інсульту, а також ІМ через запалення внаслідок активації нейтрофілами комплексу білків інфламасом, а саме NALP3, як наслідок дестабілізації атеросклеротичної бляшки та розвитку атеротромбозу. Підвищення рівня сечової кислоти в сироватці крові також є важливим критерієм у розвитку віддалених наслідків з боку серцево-судинної системи у молодих людей. Ці висновки повинні бути враховані клініцистами та можуть мати наслідки для профілактичного лікування ризиків захворювань системи кровообігу у людей з подагрою.

С.А. Кручок, К.Р. Міськова

ОЦІНКА СТУПЕНЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ДЕРЖАВНОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ У ПОРІВНЯННІ З ТИМИ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДАХ

Кафедра внутрішньої медицини номер 2

О.А. Коробко (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність: Професія лікаря посідає одне з перших місць по ризику виникнення синдрому психоемоційного вигорання (СПЕВ). Зважаючи на те, що лікарська діяльність передбачає відповідальність за здоров'я і життя людей, поміж вагомих професійних тригерів потрібно акцентувати увагу на неабияке емоційне наповнення контакту з пацієнтами. Маючи справу з негативними емоціями, лікар підсвідомо залучається у їх переживання, внаслідок чого починає відчувати підвищену психічну напругу. Таким чином, згодом формується хронічна психічна та фізична втома, проявляється емоційне виснаження, байдужність до роботи, погіршується ефективність виконання своїх професійних завдань.

Мета: встановити залежність частоти і ступеню прояву СПЕВ від місця працевлаштування лікарів: в медичних закладах державної або приватної форми власності; визначити найбільш значущі чинники, які впливають на розвиток даного синдрому в професійній діяльності медичного працівника.

Матеріали та методи: Анкета-опитувальник з виявлення професійного вигорання (розроблений кафедрою загальної практики НМУ ім. О.О. Богомольця). У дослідженні брали участь 36 медичних працівників (сімейні лікарі), 20 з них працює у закладах державної форми власності, а 16 – приватних установах. Коливання тривалості стажу працівників на даній посаді знаходилося в межах 8-11 років. Досліджувана група була гендерно збалансованою (18 чоловіків та 18 жінок) та однорідною за віковою структурою (38-44 років).

Результати: Проаналізувавши поширеність СПЕВ поміж медичних працівників приватного сектору порівняно з лікарями державних установ, серед перших має місце більш позитивна статистика. Так, рівень СПЕВ приватного сектору становив 47 % серед чоловіків та 59 % серед жінок. У державних установах оцінка психоемоційного стану працівників продемонструвала дещо гірші показники: 54 % та 76% у представників чоловічої і жіночої статі відповідно. Отже,

було встановлено наявність вищого ризику формування даного синдрому у жінок. Додатково, аналізуючи анамнез медичних працівників, вдалося прослідкувати те, що частота виникнення СПЕВ була значно вища у тих, хто мав такий сімейний статус, як: неодружений/незаміжня, розлучений/розлучена. Значущість інших досліджуваних факторів, що впливають на розвиток даного синдрому не була підтверджена для даної вибірки у зв'язку з їх великою різноманітністю і індивідуальним ступенем впливу на кожного лікаря, а також недостатньою кількістю досліджуваних.

Висновок: Зважаючи на неоціненну користь лікарської професії у людському суспільстві, гостро постає питання про створення стандартизованих умов праці та впровадження програм профілактики синдрому емоційного вигорання серед співпрацівників медичних закладів задля поліпшення їх психоемоційного статусу, а також взаємопов'язаних з ним показників фізичного здоров'я, адже здорова нація – наше майбутнє. Така тактика допоможе українцям поліпшити якість надання медичної допомоги та сформувати правильний стереотип лікаря, як особистості: «Medice, cura te ipsum!».

О.В.Ксеневич

ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЯХ

Кафедра ендокринології

В.С. Вернигородський (проф., д.мед.наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Патологічні концентрації інсуліну є потужним фактором росту і джерелом енергії для канцерогенних клітин. Досліди доводять, що надмірне збільшення маси тіла, пов'язане з гіперінсулінемією, резистентністю до інсуліну та дисліпідемією, може бути основним фактором ризику розвитку пухлин, включаючи рак товстої кишки та молочної залози.

Мета: на основі літературних даних проаналізувати патогенетичне значення інсулінорезистентності при онкологічних захворюваннях.

Матеріали та методи: За допомогою пошукових систем PubMed, SciELO, Medline було проведено огляд літератури, всіх відповідних англійських статей.

Результати: Ожиріння, цукровий діабет 2 типу спричиняють дисметаболическі розлади. Інсулінорезистентність (ІР), подальша гіперінсулінемія і гіперглікемія є біологічним механізмом, який пов'язує ЦД-2 з онкологічними захворюваннями. Інсулін взаємодіє з інтегральним мембранним глікопротеїном (INSR), що має внутрішню ферментативну активність. INSR належить до рецепторів фактора росту тирозинкінази та функціонує як фермент, що переносить фосфатні групи від АТФ до залишків тирозину на внутрішньоклітинних цільових білках. Наслідком є порушення експресії та функції INSR, що можуть сприяти розвитку дефектів в сигнальному шляху. Надмірна експресія функціональних INSR може виникати при раку молочної залози, рак яєчників і товстої кишки. Жирова тканина метаболічно та імунологічно активна, здатна виробляти білки та гормони: «адипокіни» (лептин, адипонектин, резистин), цитокіни (TNF- α , IL-1 та IL-6) і хемокін MCP-1, які є потенційними факторами, що сприяють проникненню макрофагів у жирову тканину. Було продемонстровано, що секретовані адипоцитами елементи можуть безпосередньо сприяти пухлиногенезу молочної залози через індукцію антиапоптотичних шляхів транскрипції та стабілізацію протоонкогенів. Досліди вказують, що адипоцити при ожирінні під дією адипокінів беруть участь у складному взаємозв'язку з оточуючими пухлинними клітинами, сприяючи прогресуванню пухлини.

При ожирінні та ЦД-2 виникає проліферація лімфоцитів, зміна антиген-презентації, які спричинені аберрантним адипоцит-лейкоцитом. Висока кількість запальних клітин у жировій тканині пацієнтів із ожирінням і хворих на ЦД-

2, може сприяти системному запаленню та створенню мікросередовища, сприятливого для прогресування пухлинних клітин.

Протягом останніх 7 років було проведено дослідження на 22 561 чоловіків і 18 495 жінок. Встановлено, що 27% жінок, які померли від раку товстої кишки, мали ІР (контрольна група - 3%). У 9,5% жінок, які померли від раку молочної залози, також діагностували ІР у поєднанні з гіперандрогенією (контрольна група – 3,5%). У 16% обстежуваних чоловіків з ІР діагностований рак печінки, у 31% рак передміхурової залози.

Висновок: Патогенез інсулінорезистентності є багатофакторним, що провокує розвиток раку підшлункової залози, молочної залози, яєчників. За наведеними сучасними дослідженнями розглянули варіації шляхів прогресування канцерогенних клітин у хворих з порушенням чутливості рецепторів клітин до інсуліну.

О.В.Ксенівіч

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Нечипорук (доцент ЗВО, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром подразненого кишківника (СПК) є поширеним функціональним шлунково-кишковим розладом. Зміна кишкової мікрофлори на даний час вважається одним із головних факторів, що призводить до формування симптомів захворювання. Тому розробка нових методів лікування є актуальним на сьогодні питанням.

Мета: на основі літературних даних проаналізувати нові методики відновлення мікрофлори кишківника при СПК.

Матеріали та методи: За допомогою пошукових систем PubMed, ScienceDirect, Medline було проведено огляд літератури, всіх відповідних англійських статей.

Результати: У здорових людей склад мікробіоти кишківника визначається генетичними факторами і чинниками навколишнього середовища. Зниження функцій кишкової мікробіоти пов'язують з порушенням метаболізму та широким спектром захворювань. Дієта FODMAP - це абревіатура 5 класів цукрів (fermentable sugar, oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, polyol sweeteners), які виключаються з раціону. Такі вуглеводи погано всмоктуються в тонкому кишечнику, і при ферментації утворюються гази, що спричинюють здуття живота, посилене бродіння та діарею. Було проведено дослідження, де протягом 14 днів було призначено дієту хворим із СПК. В результаті більшість пацієнтів повідомили про зниження симптоматики.

ТФМ (трансплантація кишкової мікрофлори) – метод введення розчину фекального матеріалу від здорового донора в кишечник реципієнта з метою відновлення дисфункціонального мікробного складу і покращення функції кишкової мікробіоти. Було проведено відкрите дослідження за участі 165 пацієнтів із СПК, які отримували 30 г або 60 г ТФМ. Первинним результатом була позитивна відповідь у 76,9% групи 30 г ТФМ та у 89,1% групи 60 г ТФМ. Надалі було проведено дослідження, що включало 10 пацієнтів, в яких не було результату лікування в дозі 30 г ТФМ. Надалі дозу збільшили до 60-грамового трансплантату ТФМ, з яких 7 (70%) відповіли на лікування значним покращенням симптомів СПК. Ці результати доводять, що збільшення дози та/або повторне введення ТФМ збільшують результативність. При аналізі зразків фекалій на початку досліджень було виявлено, що донори та пацієнти з СПК мали різницю бактеріальних штамів *Astinobacteria* та *Vifidobacteria*, і ще кількома видами кишкової мікробіоти. Через 20-28 тижнів після ТФМ зміни мікробіоти кишківника у пацієнтів із СПК стали більш-менш ідентичними до донорів.

Висновки: З'являється дедалі більше переконливих даних, які свідчать, що дисбактеріоз посідає центральне місце у патофізіології СПК. Вплив на мікробіоту кишківника з метою

покращення симптомів СПК за останнє десятиліття перетворилися на нову мету лікування. Показано, що використання дієти FODMaP і ТФМ дають перспективні результати щодо симптомів і впливу на мікробіом кишківника при СПК.

О.О.Кутельмах

ПОРІВНЯННЯ ДВОХ МЕТОДІВ В ЛІКУВАННІ ШКІРНИХ БОРОДАВОК: ТРИХЛОРОЦТОВОЇ КИСЛОТИ ТА ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб з курсом ПО

С.А.Бондар (.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Бородавки — це поширене захворювання шкіри, яке лікують різноманітними методами. Тому тривають пошуки ефективних та менш складних методів, особливо для стійких до лікування бородавок. Незважаючи на численні варіанти лікування, немає єдиної думки щодо конкретного методу лікування бородавок, які локалізуються на руках і ногах.

Мета. Порівняти ефективність двох методів лікування бородавок за допомогою CO² -лазера, принцип дії якого заснований на використанні властивостей молекул газу, які підсилюють світло, і трихлороцтової кислоти(ТХК), повністю галогенованого аналогу оцтової кислоти, з точки зору ефективності та побічних ефектів лікування.

Матеріали та методи. У дослідження було включено вибірку з 14 осіб, розділених на дві рівних групи стосовно зіставлення уражень на основі кількості, розміру та розташування. Групу пацієнтів лікували CO² -лазером « MedArt FRx», іншу групу оброблені 80% ТХК. Пацієнтів зі слабким імунітетом в анамнезі, які вживали імуносупресивні ,вірусні препарати протягом попередніх двох тижнів, вагітних жінок і матерів , що кормлять грудьми, було виключені з дослідження. Оцінка уражень проводилася перед лікуванням і через два тижні після лікування. Незалежний дерматолог, без жодної інформації про лікування, визначав ефективність CO² -лазера і лікування 80% ТХК шляхом отримання всіх зображень до та після лікування. Побічні ефекти двох методів лікування також порівнювалися. Ефективність лікування визначали на основі кожного ураження таким чином: легкий (зменшення кількості уражень менше ніж на 50%), помірний (зменшення кількості уражень більш ніж на 50%) та повний (повна ремісія і повернення шкірних рубців або утворення рубців без наявності бородавчастого ураження). Відповідно до Гельсінських угод, дослідження проводилося за згодою та письмовою згодою всіх пацієнтів.

Результати. Щодо розташування бородавок, 33,3% були на ногах, 63,3% на руках і 3,3% на шії. Кількість уражень бородавками була узгоджена у двох групах перед початком лікування. Середня кількість уражень становила 3,7 у групі лікування лазером і 3,73 у групі лікування ТХК. З точки зору повної ефективності лікування і згасання вогнищ у двох групах, що зробив дерматолог шляхом порівняння зображень до та після лікування, ефективність у групі, що отримувала CO² -лазер становила 56,7% і 20% у групі , яка отримувала ТХК, що вказує на статистично значущу різницю (P < 0,005). У жодній із двох груп не було ускладнень лікування.

Висновки. Згідно з результатами досліджень ефективність лікування CO² лазером була вищою ніж при застосуванні трихлороцтової кислоти.

М.І. Ластовецька, І.О. Мудрик

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВАД РОЗВИТКУ МАТКИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Б. Баланюк (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вроджені аномалії матки виникають близько у 1,5% жінок, серед яких у 25% виявляється подвоєння матки. Патології розвитку матки можуть негативно впливати на перебіг вагітності і пологи. Виявити такі патології можливо лише за допомогою методів променевої діагностики: УЗД, метросальпінгографія, КТ, МРТ.

Мета: вивчення вад розвитку жіночої статеві системи, а саме матки, на прикладі подвоєння матки за допомогою променевих методів діагностики: УЗД, метросальпінгографія, КТ, МРТ.

Матеріали і методи: провести аналіз результатів діагностики пацієнтки Х. опираючись на її історію хвороби, результати УЗД та з застосуванням вітчизняної та іноземної літератури.

Результати: усі нами досліджені методи променевої діагностики дають можливість визначити форму, розміри, локалізацію, будову стінки матки та стан її порожнини. Візуалізуючи вади розвитку, вони допомагають визначити причину безпліддя, підвищення ризику передчасних пологів, мимовільного переривання вагітності, внутрішньоутробної загибелі плоду, неправильного положення плоду і порушення родової діяльності. Золотим стандартом визначення патології розвитку матки є УЗД трансвагінально, адже це дослідження надає базову інформацію про стан органів малого таза та роботу репродуктивної системи жінки. Для більш детального обстеження призначається МРТ та КТ, так як вони дають чітке уявлення про вроджені дефекти у вигляді об'ємного детального зображення. Серед усіх методів променевої візуалізації не менш важливим є метросальпінгографія, яка дозволяє визначити прохідність маткових труб та патологічні зміни каналу шийки матки.

Висновок: Найпоширенішими симптомами для діагностики є раннє переривання вагітності, порушення відтоку крові під час менструації, сильні передменструальний біль, який не знімається спазмолітиками. Симптоми є неспецифічні тому для підтвердження аномалій потрібна променева візуалізація, яка надасть інформацію про дефект органу, ступінь порушення будови, в залежності від якого можна встановити, яке лікування потребує пацієнтка. Хірургічного втручання потребують хворі у яких паталогія впливає на порушення зачаття та виношування плоду. Складність та тип операції обирають опираючись на ступінь дефекту.

В.П. Левківська, Д.О. Пермінов

ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ОСНОВІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

С.М. Куляс (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця

Актуальність: Згідно з ВООЗ, щорічно реєструється близько 1,03 млн випадків лептоспірозу. За даними Центру громадського здоров'я за 2022 р. в Україні зареєстровано 141 випадок, що на 15,5% більше в порівнянні з 2021. Поліморфізм клінічних проявів, стерті форми утруднюють клінічну ідентифікацію лептоспірозу, що стає причиною відстрочення початку етіотропної терапії. Зокрема, при спалаху в Бразилії 17,5% випадків первинно не розрізнено із клінічно подібною нозологією (К.АІ, 1999р.). Було встановлено, що рівень летальності досягав 39,7% при нелікованому лептоспірозі (А.Т.Тейлор, 2015р.). Статистично предикторами смерті вважають розлади свідомості у 95% випадків, олигурію 70%, вік >36 р. 72%, дихальну недостатність 44% та ЕКГ-аномалії: порушення реполяризації 42%, аритмії 36% (Н.Дюпон, 1995р.).

Мета: Аналіз клініко-лабораторних особливостей випадку лептоспірозу

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз історії хвороби, огляд публікацій PubMed, The Lancet, NCBI, Oxford Academic.

Результати: Чоловік, 34 роки, захворів гостро 06.09.2022 р., виникли загальна слабкість, гарячка, нудота і тахікардія. Епіданамнез: 2 тижні тому на риболовлі поранив руку.

Наступного дня симптоми наростали, при зверненні до ЦПМСД пацієнт не вказав про попередню травму, на рентгені ОГК – бронхіт. Було призначено симптоматичне лікування та цефіксим, який, ймовірно, викликав реакцію Яриша-Герксгеймера. Вночі 8.09 через погіршення стану бригадою ЕМД був доставлений у кардіоцентр, де було встановлено діагноз: Пароксизм тріпотіння-фібриляції передсердь, та було проведено антиаритмічну терапію з антибіотиком. Тяжкість прогресувала: з'явилися міалгії, жовтяниця, блювання, анурія. Уранці лікарем-інфекціоністом на основі скарг, анамнезу та фізикального обстеження діагноз доповнено: Лептоспіроз, жовтянична форма, важкий перебіг. Стан анурії. ІТШ. 9.09 переведено в реанімаційне відділення МКЛІ №1, де виконано подальші дообстеження, динамічне спостереження за лабораторними показниками. Проведено кисневу підтримку, етіотропну та патогенетичну терапію. Протягом 4 діб негативна динаміка перебігу: зниження SaO₂ до 70%, що вимагало переведення на NIV, нестабільна гемодинаміка, незважаючи на постійну інфузію дофаміну – від стартової дози 1 мл/год до 7 мл/год, рівень тромбоцитів не піднявся вище 60×10⁹/л, час згортання за Лі-Уайтом досягав 28,4с, прогресивно збільшувались рівні сечовини до 77 ммоль/л, креатиніну до 796 ммоль/л, загального білірубіну до 1014 мкмоль/л, переважно за рахунок прямого, рівні АЛТ та АСТ перевищували ВМН у 4 рази, вдалось вивести із стану анурії, при цьому зберігалась макрогематурія. 13.09 23:15 виникла зупинка кровообігу, проведено СЛР, але серцева діяльність та самостійні спроби вдиху не відновились, о 23:45 констатовано смерть. Клінічний діагноз: Лептоспіроз (викликаний *L. icterohaemorrhagiae*), жовтянична форма, важкий перебіг, із ускладненнями у вигляді поліорганної недостатності був підтверджений при розтині.

Висновки: Збільшення настороженості щодо лептоспірозу, раннє діагностування та мультидисциплінарний підхід дають можливість попередити важкий перебіг, виникнення ускладнень та призвести до повного одужання.

В.М.Лисюк, А.В.Ореховська

COVID-19 ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФУНКЦІЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ: МЕХАНІЗМИ ПАТОГЕНЕЗУ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

Н.А.Півторак (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тема впливу COVID-19 на шлунково-кишковий тракт є дуже актуальною в контексті пандемії COVID-19, оскільки багато людей, які заразилися COVID-19, відчувають різноманітні шлунково-кишкові симптоми. Дослідження також показують, що COVID-19 може спричиняти запалення та пошкодження тканин шлунково-кишкового тракту, що може призводити до різноманітних проблем зі здоров'ям, таких як гастрит, виразки, запалення товстої кишки та інші захворювання. Крім того, COVID-19 може мати серйозні наслідки для людей, які вже мають проблеми зі шлунково-кишковим трактом, такі як хвороба Крона або коліт.

Мета: проаналізувати дослідження та літературу, що стосуються взаємозв'язку між COVID-19 та функцією шлунково-кишкового тракту, описати клінічні прояви впливу COVID-19 на ШКТ, а також розглянути можливі механізми взаємодії вірусу з організмом, які можуть призвести до порушення функції травлення.

Матеріали та методи: В процесі вивчення даної теми було зібрано та проаналізовано матеріали наукових статей: COVID-19 and its effects on the digestive system.(28 червня 2021); Impact of COVID-19 on the Gastrointestinal Tract: A Clinical Review (20 березня 2022); COVID-19 and the Digestive System щодо ураження шлунково-кишкового тракту під час захворювання на COVID-19.

Результати: COVID-19 може впливати на функцію травлення та ШКТ в цілому. Симптоми включають діарею, блювоту, болі в животі та інші прояви дисфункції ШКТ. Дослідження також показали, що у пацієнтів з COVID-19 можуть спостерігатись певні ускладнення. Є деякі можливі механізми, які пояснюють, як вірус може впливати на ШКТ. Зокрема, вірус може викликати запалення та інші зміни в шлунково-кишковому тракті, що може призвести до порушення нормальної функції травлення. Дослідження також показали, що пацієнти з певними попередніми захворюваннями ШКТ, такими як запальні процеси, можуть бути більш вразливі до ускладнень, пов'язаних з COVID-19

Висновок: COVID-19 може викликати різні патологічні зміни в органах ШКТ. Дослідження показали, що можливі механізми впливу можуть включати пряму вірусну дію, імуноопосередковане пошкодження тканин, дисбактеріоз кишечника. Такі зміни можуть призвести до різних клінічних проявів, таких як діарея, нудота, блювання, біль у животі. Оскільки COVID-19 може мати різний вплив на функцію ШКТ, важливо враховувати ці аспекти під час діагностики та лікування. Слід зазначити, що необхідно з увагою ставитися до симптомів ураження органів травлення на ранній стадії захворювання, а також проводити динамічний моніторинг функції печінки, щоб зменшити ускладнення та смертність від COVID-19.

О.М. Лопушанський, А.В. Шевченко

ВАКЦИНАЛЬНИЙ СТАТУС ТА РІВЕНЬ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ВАКЦИНАЦІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

(асистент ЗВО, PhD) Т.І. Бевз

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вакцинація є найефективнішим методом профілактики низки захворювань шляхом формування індивідуального та колективного імунітету. Від великих спалахів та епідемій інфекційних хвороб повноцінний захист людства може забезпечити охоплення вакцинацією близько 95% населення країни т.з. колективний імунітет. За даними ВООЗ протягом останнього десятиліття охопленість щепленнями визначається на рівні 85%. В Україні протягом 2017-2019 рр. у більш як 115 000 людей виявили кір, також почастишали випадки реєстрації правця та дифтерії у дітей. У 2020 р., у зв'язку із пандемією COVID-19, рівень вакцинації в Україні знизився вдвічі порівняно із 2019р. та досі не відновився до прековідного періоду. Це доводить необхідність проведення просвітніх заходів серед суспільства загалом та медиків зокрема.

Мета: визначення рівня охопленості вакцинацією серед студентів-медиків та факторів прихильності до вакцинації.

Матеріали та методи: Було проведено анонімне опитування студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова всіх курсів та спеціальностей за зразком анкети створеної самостійно з розрахунком описової статистики. В опитуванні взяли участь 154 студенти (чоловіки 18,2%, жінки 81,8%) ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Віком від 17 до 27 років.

Результати: Згідно чинного календаря вакцинації МОЗ повністю щеплено лише 16,2% опитаних. Серед респондентів від туберкульозу вакциновано 90,3%, гепатиту В–66,9%, кашлюку–81,2%, дифтерії–91,6%, правця–89%, поліомієліту–88,3%, Ніб-інфекції–39,6%, кору–91,6%, краснухи–85,1%, епідемічного паротиту–36,4%. Хоча б одне рекомендоване щеплення мали 51,3% опитаних, серед яких переважали студенти 1 курсу. Щеплення проти ВПЛ отримали 18,2%. Проти пневмококу–21,4%. Проти ротавірусу проведена вакцинація у 25,7%. Від сезонного грипу щеплено 20,8%. Щеплення від вітряної віспи мають 18,1%.

Серед опитаних найбільш негативне ставлення до вакцинації спостерігалось у студентів 1-3 курсів – 3,9%. Серед причин негативного ставлення лідирували впевненість в тому, що

вакцини мають багато побічних реакцій (26,0%), недовіра до безпечності вакцин (9,7%), а також той факт, що багато людей відмовляються від вакцинації з особистих причин (13,6%). Задokumentовані протипокази мали лише 1,8% опитуваних, серед них переважали алергічні та анафілактичні реакції в анамнезі (1,2%) та наявність хронічних хвороб (0,6%). З усіх опитаних 52,6% відмічають, що їх сімейний лікар або інший медичний персонал не проводив з ними бесіду на тему профілактичних щеплень, а 22,1% опитаних вважають себе недостатньо обізнаними в аспекті необхідності, переваг та ризиків вакцинації.

Висновки: значна частка студентів (8,3%) негативно налаштована проти вакцинації, Більшість з них не отримали мінімально необхідний курс вакцинації або ж є недостатньо обізнаними в даних питаннях. Більше половини осіб (52,6%) відмітили, що не отримували достатньої інформації щодо вакцинації від сімейних лікарів, що свідчить про те, що наразі існує потреба інтенсифікації проведення просвітницької роботи.

Р.В. Марценюк, І.Ю. Терлига

СВІТОВИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЦЕБО ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету № 2

М.О. Матохнюк (PhD, асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Функціональні захворювання ШКТ займають особливе місце серед усіх хвороб шлунково-кишкового тракту. Не загрожуючи життю, вони значно погіршують його якість. ФР ШКТ визнані самостійною нозологічною формою і розглядаються як психосоціальні захворювання.

Мета: Дослідити перспективу та доцільність використання плацебо.

Матеріали та методи: Збір, аналіз та порівняння інформації щодо ефективності плацебо у лікуванні ФР ШКТ.

Результати: Згідно даних двох мета-аналізів та результатів 45 опублікованих досліджень, частота відповіді на плацебо при функціональній диспепсії коливається від 6% до 72% (36,37). У 50 плацебо-контрольованих дослідженнях проведених у пацієнтів з синдромом подразненого кишківника частота відповіді на плацебо коливається від 3% до 84% (38-42). Причина широкого діапазону залишається незрозумілою, але факторами, що впливають на відповідь на плацебо, є тривалість дослідження, кількість повторних візитів під час дослідження та кількість пацієнтів, включених у дослідження. Enck & Klosterhalfen повторно проаналізували дані, зібрані Spiller щодо зв'язку між амплітудою ефекту плацебо та тривалістю дослідження. Згідно даних отриманих з трьох досліджень, які тривали довше трьох тижнів, виявлено, що при більшій тривалості лікування і вибірці яка перевищує 500 пацієнтів, ефект плацебо має тенденцію стабілізуватися на рівні близько 40%. Беручи до уваги початковий діапазон (3%-84% для СРК і 6%-72% для функціональної диспепсії), цей висновок підтверджує важливу роль «регресії до середнього» як фактора, що сприяє ефекту плацебо. Також у 2021 році було проведено рандомізоване, подвійне сліпе, плацебо-контрольоване дослідження. Оцінювали ефективність і безпеку додавання *Vacillus clausii* порівняно з плацебо до традиційного лікування дитячого СРК у Мексиці. Результати: 73,6% пацієнтів, які отримували пробіотик і 78,5% пацієнтів, які отримували плацебо мали покращення симптомів. На 8-му тижні по SGARC 19,2% (*V. clausii*) і 20,9% (плацебо) повідомили про повне полегшення симптомів. Оцінка стільця, здуття живота, біль/інтенсивність живота та поведінка СРК були подібними між групами. Обидва види лікування добре переносилися. В результаті, не було продемонстровано істотних відмінностей в ефективності між *V. clausii* і плацебо на додаток до традиційного лікування.

Висновки: Ефект плацебо наближається до середнього числа (40%), спостерігається «регресія до середнього». Дослідження показали високу ефективність плацебо у порівнянні з пробіотиком *V. clausii*. Тобто ефективність плацебо наявна і має місце застосування в лікуванні ФР ШКТ у вигляді альтернативної терапії.

В.В. Матвеев

СУЧАСНЕ ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ З ПРОЯВАМИ ГІПЕРСПЛЕНІЗМУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.О. Войналович (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Емболізація селезінкової артерії (ЕСА) є малотравматичним методом корекції портальної гіпертензії, який не пов'язує з негативними рисами відкритих операцій та є перспективним методом забезпечення компенсації ускладнень цирозу печінки у пацієнтів різних вікових груп.

Мета: Дослідити, ґрунтуючись на даних, отриманих при опрацюванні клінічного випадку, ефективність проведеного втручання з ЕСА у пацієнтки із сформованим цирозом печінки вірусної етіології в коротко- та середньостроковій оцінці.

Матеріали та методи: Форма-опитування, амбулаторна картка хворої на диспансерному нагляді в Гепатологічному центрі міста Вінниці, дані про проведену ЕСА на базі ВОКЛ ім. Пирогова, дані параклінічних досліджень.

Результати: Робота складається з двох етапів: вивчення зацікавленості серед лікарів та студентів медичних ЗВО в даній тематиці з метою підтвердження актуальності дослідження та власне аналітики клінічного випадку в динаміці, що базується на порівняльній характеристиці клінічних та параклінічних (лабораторних та інструментальних) методів, зібраних до та після проведеної гібридної емболізації селезінкової артерії на базі ВОКЛ ВОР. З метою оцінки актуальності проведено інклюзивне опитування серед лікарів та студентів, в якому зібрані дані про категорії опитаних, до яких належать респонденти, їх оцінку власної обізнаності про можливі наслідки цирозу печінки та сучасні методи їх корекції. Клінічно до проведеного втручання пацієнтка скаржилася на часті ясенні та носові кровотечі; лабораторно виявлено тромбоцитопенію (72×10^9), що відповідає 2 ступеню; ультразвукове дослідження показало: дифузні зміни паренхіми печінки (структура значно неоднорідна, різної ехогенності), спленомегалію, інші супутні зміни внутрішніх органів. Після проведеного ендовакулярного втручання з використанням PVA мікросфери та спіралі Gianturco на 3 добу клінічний стан хворої поліпшився: зникли спершу носові, потім – ясенні кровотечі, проте відмічались болі у лівому підреб'ї, що пов'язано з інфарктом селезінки після проведеного малоінвазивного втручання. Лабораторно: нормалізувався рівень тромбоцитів (338×10^9); інструментально виявлено (УЗД): зменшення розмірів селезінки. Пацієнтка відмічає поліпшення загального стану.

Висновки: Дані опитування, в якому взяли участь 16 респондентів, серед яких як студенти, так і лікарі, показує, що переважна більшість володіє досить обмеженою інформацією про сучасні методи корекції ускладнень цирозу і погоджуються з високою актуальністю даного дослідження. Порівняльна оцінка даних клінічного випадку клінічно та лабораторно доводить практичну ефективність ЕСА як метода компенсації наслідків цирозу печінки вірусної етіології.

М.О. Матвійчук, С.О. Матвійчук

РАЦІОНАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КТ В ДІАГНОСТИЦІ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПРИНЦИПИ НОРМУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

С.В. Коляденко (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Починаючи з 1971 року, коли був сконструйований перший комерційний КТ апарат, поширеність його використання стрімко зростає. Ризики використання одиночного КТ надзвичайно малі, але попри всі переваги: швидкість, доступність, чіткість зображення та можливості діагностувати великий спектр захворювань, дослідження прогнозують, що через десятиліття, кількість ракових захворювань спричинених ненормованими використаннями КТ можуть зрости до 2% серед всіх онкологічних захворювань.

Мета: Дослідити основні методи раціонального використання КТ при постановці діагнозів та ризики виникнення онкологічних захворювань при ненормованому використанні.

Матеріали і методи: Ретроспективний аналіз медичних публікацій, досліджень та іноземної літератури з ресурсів PubMed, Harvard Health Publishing та Google.

Результати: Частота використання КТ у США починаючи з трьох мільйонів у 1980 році, в порівнянні з 2005 році зросла в понад 30 разів. В першу чергу це пов'язано з усіма перевагами даного методу, наприклад у невідкладній медицині та при неврологічних станах, або ж при легеневій емболії. Проте, потрібно звернути увагу на збільшення числа використання даного методу діагностики у зв'язку з менш ретельним збиранням анамнезу, та проведення фізичного обстеження. Дана тенденція може призвести до надмірного призначення КТ пацієнтам, які його не потребують. Базуючись на науковому дослідженні впливу медичного випромінювання, був виявлений підвищений ризик виникнення раку щитовидної залози та лейкемії. В результатах дослідження виявлено, що пацієнти жіночої статі молодші за 45 років, а також діти були більш чутливі до онкогенної дії медичного випромінювання, яка явно корелює з дозою отриманої радіації. На противагу даній статистиці виступають можливі стратегії зменшення дози випромінювання, які в свою чергу можуть значно зменшити ризик онкології. Найважливіші серед них: підтримання меж області, яка піддається радіаційному впливу, *модуляція струму трубки та автоматичний контроль експозиції*, ітераційна реконструкція, фільтри шумозаглушення, а також впровадження раціонального сканування і свідоме використання цих методів лікарями та пацієнтами. Зазначені методи можуть суттєво зменшити негативний вплив на пацієнтів, але, найкращим з них буде уникання недоцільного сканування та, при потребі, використання альтернативних методів діагностики.

Висновки: Однозначність щодо залежності між іонізуючим випромінюванням та онкогенезом на сьогодні не підтверджена. Попри це, зміст трьох фундаментальних принципів променевої діагностики: виправданість, оптимізація дози та обмеження дози, набуває ще більшої актуальності. Останні данні підтверджують, що одиночне використання КТ не несе ризику, проте через збільшення популярності КТ, можливий кумуляційний ефект, який несе серйозну загрозу здоров'ю. Саме тому необхідно раціоналізувати підхід лікаря до даної процедури, а також впровадити науково-просвітницьку діяльність спрямовану на пацієнтів, для запобігання негативних наслідків.

Л.В. Мельник, В.Ю. Гуляєв

ДІАГНОСТИКА РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ МАМОГРАФІЇ ТА УЗД

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології – Курс радіології
М.О. Зорич (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак молочної залози є одним із найпоширеніших онкологічних захворювань серед жінок у всьому світі. В Україні ця патологія займає перше місце за частотою з-поміж усіх випадків злоякісних пухлин. Так як це захворювання на ранніх стадіях часто протікає безсимптомно, важливим є регулярне обстеження молочних залоз діагностичними методами. Найчастіше для цього використовують такі методи, як мамографія та УЗД. Знання переваг та недоліків у їх використанні, дає змогу підібрати найкращий варіант для діагностики.

Мета: З'ясувати принцип дії та роль мамографії й УЗД для діагностики раку молочної залози, порівняти ці методи та визначити їхні переваги і недоліки у застосуванні.

Методи і матеріали: Пошук та аналіз наукових і медичних статей, огляд зарубіжних і вітчизняних публікацій з інтернет ресурсів PubMed, Google Scholar та ін.

Результати: На сьогодні мамографія (МГ) є основним методом променевої діагностики раку молочної залози, адже має високу інформативність та діагностичну ефективність при дослідженні дифузної та вузлової форм дисгормональних гіперплазій, а також для диференційної діагностики злоякісних новоутворень. Рентгенівська МГ дає можливість визначити морфологічні зміни у залозі та провести динамічне спостереження за її станом. Важливим є те, що МГ дає кращі результати при дослідженні жінок старше 35 років, адже на фоні жирової інволюції молочної залози (характерної для старшого віку) точність розпізнавання новоутворень збільшується до 98%. Недоліком методу є променеве навантаження, проте з розвитком технологій та апаратури, у практиці все частіше використовують цифрову МГ, що має певні переваги над звичними технологіями: менша доза рентгенівського опромінення, необмежені можливості взаємодії із зображенням, економія площі та ін.

УЗД також є незамінним методом, який широко використовують для діагностики через свою простоту у використанні, нешкідливість, можливість багаторазового застосування та ін. Завдяки використанню ефекту Доплера, з'явилися нові можливості УЗД в оцінці кровопостачання пухлини: в 93% вузлів виявляють одну і більше судин. На відміну від МГ, УЗД має більшу інформативність в якості скринінгу жінок до 35 років, коли в молочній залозі переважає залозиста тканина. Проте, при УЗД неможливо виявити кальцинати, які виявляються на МГ.

Висновки: Отже, для збільшення чутливості та специфічності при виявленні утворень молочної залози найкращим варіантом є поєднання у діагностичному алгоритмі методів мамографії та УЗД з іншими. Їх використання в комплексному обстеженні жінок із захворюванням молочних залоз гарантує якісне дослідження та дає змогу встановити точний діагноз і сприяє своєчасному призначенню лікування.

В.Р. Ониксимова

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ПІД ЧАС ВІЙНИ. ПРОБЛЕМА КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ 2022 РОКУ

Кафедра епідеміології та інфекційних хвороб

О.С. Куницька (асистент)

Донецький національний медичний університет

м. Лиман, Україна

Актуальність: зв'язок між війною, конфліктом, масовим переміщенням сил та інфекційними захворюваннями встановлено давно. Інфекційні захворювання нещадно експлуатують умови спричинена війною, що зачіпає армію та цивільне населення.

Мета: оцінка зв'язку між певними інфекційними захворюваннями та війнами. Виявити схильність населення України до гострих кишкових інфекцій (ГКІ) в умовах сьогодення.

Матеріали і методи: вивчення протоколів «Інфекційна захворюваність населення по Україні згідно звіту за грудень, серпень, травень, лютий та 12 місяців 2022–2021 рр.». Огляд наукової літератури з допомогою системи PubMed.

Результати: Причинами які провокують спалах інфекційних хвороб є: масова міграція населення, відсутність медичного забезпечення, доступу до чистої води, якісного харчування (підвищення захворюваності на холеру, дизентерію, сальмонельоз); погіршення умов роботи органів охорони здоров'я та недостатньою кількістю медичного персоналу.

У літературі описані спалахи: сальмонельозу серед військових в Індії у 2011 р. у зв'язку з вживанням інфікованих продуктів. Під час першого періоду Другої світової війни склалась тяжка епідемічна ситуація, через масову евакуацію населення з прифронтових зон, сформувались активні осередки інфекційних захворювань, наслідок - підвищення захворюваності на 60%. У 1944-1945 роках та після закінчення війни цей рівень став знижуватись. Частка інфекційних хвороб у загальній захворюваності склала 9 %, з них дизентерія – 4,4 %, черевний тиф та паратифи – 0,6 %.

Вивчаючи статистичні дані за 2022 рік виявлено:

- захворюваність на «Інші сальмонельозні інфекції» в грудні 2022 р. склала 224 випадки, порівняно з груднем 2021 – 165, а значить +35,7%.

- захворюваність на «Лямбліоз» в грудні 2022 року склала 823 випадки, на відміну від грудня 2021 р. – 634, зросла на 29,8%.

- захворюваність на «Ротавірусний ентерит» загалом за весь 2021 рік склала 5581 осіб, а в 2022 р. – 4158, тобто +34,2%.

Порівнюючи дані за лютий 2022 та 2021 років: захворюваність на «ГЕКи, ХТІ встановленої етіології» склала 1153 випадків у 2022, а у тому ж місяці 2021 – 952, отже +21,11%. Також в травні 2022 р. захворюваність на ту саму групу хвороб склала 1470 епізодів, а в тому ж місяці 2021 р. – 1092, зросла на 34,8%. Загальна захворюваність за 2022 рік – 18484 випадків, на відміну від 2021 року (17119), отже зросла на 7,9%.

У серпні 2022 року було підвищення кількості захворювань на «Інші протозойні кишкові хвороби»: 334 випадки, проти 300 у тому ж місяці 2021 року, отже склала +15,2%.

Висновки: Війна, криза, перенаселеність, порушення санітарно-гігієнічних умов, можуть збільшити захворюваність і сприяти поширенню інфекційних хвороб. Ситуація наразі контрольована, але погіршення її відбувається вже, і як ми бачимо згідно даних вище погіршиться ще більше.

А.М. Ошарова, А.М. Дуник

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ПОРІВНЯННЯ ПЕРЕБІГУ CMV-ХОРИОРЕТИНІТУ У ЛЖВ ТА ВІЛ-НЕГАТИВНИХ ОСІБ З ІМУНОСУПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.В. Швед (вк.ст.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цитомегаловірусний ретиніт (CMVR) – це важке, небезпечне захворювання, яке в першу чергу вражає пацієнтів, які приймають імуносупресивну терапію. CMVR є найбільш поширеною очною опортуністичною інфекцією у пацієнтів, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), і основною причиною сліпоти у цій групі. Частота CMVR у ЛЖВ різко знизилася за

допомогою ВААРТ. CMVR зустрічається приблизно у 20-40% ВІЛ-інфікованих пацієнтів та становить 90% сліпоти, пов'язаної з ВІЛ.

Мета: провести аналіз наукових джерел і власного дослідження та сформулювати висновки щодо впливу ВААРТ та особливостей перебігу CMVR у хворих ЛЖВ та у ВІЛ-негативних з імуносупресивними станами.

Матеріали і методи: аналіз історій хвороб пацієнтів та аналіз іноземних джерел UpToDate, The Lancet та National library of medicine.

Результати: Нами було досліджено 2 порівняльні групи пацієнтів: CMVR у хворих ЛЖВ (4 пацієнта, 8 очей) та CMVR у ВІЛ-негативних хворих (3 пацієнта, 6 очей). Проаналізувавши результати обстежень, можемо стверджувати, що найбільший ризик розвитку CMV-ретиніту у ЛЖВ виникає тоді, коли кількість CD4+ клітин падає нижче 50 кл/мл. ВААРТ підвищує кількість клітин CD4+ , що призводить до зменшення кількості пацієнтів з ускладненням, таке як CMVR. На основі даних пацієнтів ЛЖВ (їх скарг на прогресуюче зниження гостроти зору на обох очах, поява скотом та помутніння зору) та об'єктивного обстеження (непряма офтальмоскопія, ОКТ сітківки та периметрія, визначення CD клітин, ПЛР), невчасно виявлений ВІЛ, ускладнений CMVR частіше всього призводить до повної втрати зору, що ми і спостерігаємо у наших пацієнтів. Прогресивний некротичний ретиніт може призвести до руйнування всієї сітківки через три-шість місяців, якщо його не лікувати. На основі проаналізованої літератури, можемо припускати, що CMV та ВІЛ трансактивують один одного, що призводить до більшого ступеня пригнічення імунітету у ВІЛ-інфікованих, що є можливим поясненням того, чому ми бачимо CMVR частіше у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, на відміну від осіб, які не пригнічені ВІЛ. Можемо стверджувати, що більш ніж половина ВІЛ-негативних інфікованих пацієнтів CMVR безсимптомна і виявляється під час планового офтальмологічного обстеження. Саме так у нашому випадку було діагностовано двоє із трьох пацієнтів. Варто зазначити, що у перебіг CMVR у ВІЛ-негативних втягувалось скловидне тіло (вітреїт), що було поганим прогностичним фактором щодо подальшої втрати зору. Загальний прогноз і клінічні ознаки CMVR не відрізняються у ЛЖВ і не ВІЛ-інфікованих пацієнтів, згідно проаналізованих даних у нашому випадку.

Висновки: CMV-ретиніт є одним із найсерйозніших очних ускладнень у ЛЖВ та у ВІЛ-негативних пацієнтів із пригніченим імунітетом і часто призводить до незворотної втрати зору. CMVR можна запобігти з допомогою ВААРТ на ранній стадії ВІЛ, однак пацієнти з пригніченням імунітету, як правило, мають втягнення в процес інших структур ока.

А.С. Панчишина

МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВОЇ РЕСИНХРОНІЗАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Н.П. Масік (проф., д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічна серцева недостатність (ХСН) є значною медико-соціальною проблемою у світі, пов'язаною з високою смертністю та інвалідизацією пацієнтів. У 25-30% хворих діагностована диссинхронія серця, яка ускладнює перебіг ХСН, усунення якої за допомогою серцевої ресинхронізаційної терапії (СРТ) покращує якість та тривалість життя пацієнтів. Ресинхронізаційна терапія – це атрію-бівентрикулярна або бівентрикулярна електрокардіостимуляція з метою відновлення електричної та механічної асинхронії роботи камер серця при ХСН.

Мета: дослідження ефективності кардіостимуляції з використанням СРТ-Д пристроїв в лікуванні ХСН і профілактиці раптової серцевої смерті.

Матеріали та методи: Проведено аналіз наукової літератури в інтернет-ресурсах (PubMed, Scopus, Web of Science) з даної проблеми, та ретроспективний аналіз 8 історій хвороб пацієнтів, яким була застосована СРТ на базі Вінницького регіонального клінічного лікувально-діагностичного центру серцево-судинної патології.

Результати: В клінічних рекомендаціях (2021) сформульовані покази до проведення СРТ на основі даних ЕКГ і ЕхоКГ. Терапевтичний вплив СРТ реалізується за допомогою декількох механізмів, найбільш значущим є відновлення синхронії скорочень міокарда обох шлуночків, основним елементом якої є швидка і гомогенна їх активація. Забезпечуючи міжшлуночкову та внутрішньошлуночкову синхронність, СРТ збільшує час діастолічного наповнення, в результаті чого покращується систолічна та діастолічна функції серця, зменшуються розміри порожнин серця та мітральна регургітація за рахунок нормалізації таймінгу серцевого циклу і зменшення атріо-вентрикулярного отвору.

Відновлення синхронії можна досягти за допомогою декількох віддалених один від одного точок стимуляції. Для цього були розроблені чотириохполосні лівошлуночкові електроди. Низка результатів досліджень показала можливість їх успішної імплантації, стабільність положення та добрі показники порогу стимуляції.

Аналізуючи історії хвороби, пацієнти були розподілені в залежності від отриманої відповіді на проведену СРТ наступним чином: 2 (25%) нон-респондери (немає відповіді - \uparrow ФВ<5%), 5 (62,5%) респондерів (\uparrow ФВ 5-20%), 1 (12,5%) супер-респондер (\uparrow ФВ>20%), що доводить ефективність СРТ. Крім того, було встановлено, що найкращим критерієм відбору пацієнтів на СРТ є морфологія та тривалість QRS.

Висновки: Сьогодні СРТ є затвердженим методом лікування ХСН, показання до якої сформульовані в клінічних рекомендаціях більшості кардіологічних товариств. Ефективність методу доказана великою кількістю досліджень, в т.ч. й у Вінниці. Технологія методу продовжує активно розвиватися і вдосконалюватися, що дозволить підвищити ефективність лікування і знизити кількість ускладнень.

П.Ю. Півень, В.О. Артеменко

СТЕРЕОТАКСИЧНА РАДІОХІРУРГІЯ У ЛІКУВАННІ ЦЕРЕБРОРЕТИНАЛЬНОГО АНГІОМАТОЗУ ГІПШЕЛЯ-ЛІНДАУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Р.Г. Пелін (асистент), В.В. Ясько (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Цереброретинальний ангіоматоз Гіпшеля-Ліндау (VHL), який проявляється множинними пухлинами центральної нервової системи (CNS), є рідкісною, але дуже небезпечною патологією. Звичним є лікування з використанням мінімально-інвазивних нейрохірургічних методів (MIS), але після звичайної резекції пухлин існує ризик посилення неврологічних порушень і виникнення нових симптомів, що значно погіршують якість життя пацієнта. Саме тому дослідження й впровадження у практику нового методу — стереотаксичної радіохірургії (SRS) з використанням гамма-ножа або лінійного прискорювача сьогодні є актуальним питанням.

Мета. Оцінити безпечність й ефективність радіохірургічного методу в порівнянні з мікрохірургічним у лікуванні множинних гемангіобластом (HB) CNS на основі сучасних клінічних досліджень.

Методи та матеріали. Сучасні наукові інтернет-джерела (PubMed, MedScape, Elsevier, GoogleScholar) та література.

Результати. Етіологічно VHL пов'язаний зі спадковим дефектом, що передається за аутосомно-домінантним типом. У 41% пацієнтів VHL асоціюється з феохромоцитомою, світлоклітинним раком нирки — 66,8%, папілярним раком нирки — 9%, інсуліномою —

16,3%, синдромом Вернера-Моррісона — 5,6%, глюкагономою — 4,9%, кістами печінки — 23%, кістами статевих органів — 11,6%, хориоїдкарциномою — 3,9%, гліомою — 27,5%, НВ сітківки (45%) та CNS у 9,8%. Згідно з цими даними, найчастіше VHL проявляється нирковою формою, але найскладнішою для лікування є нервова форма, асоційована з НВ. Серед симптомів цієї форми виділяють нестерпні головні болі, порушення координації, часті запаморочення, слабкість, порушення зору, слуху; смерть виникає в результаті ускладнень, пов'язаних з ураженням головного мозку. Найпоширенішим методом лікування гемангіобластом CNS є MIS. Постопераційно пухлина нівелюється у 90-95% випадків. Проте основними недоліками MIS є можлива наявність у пацієнта абсолютних протипоказів до оперативного втручання або розташування пухлини поряд із життєво важливими структурами, що унеможлиблює проведення операції. Так, у 14% випадків пухлина локалізується у стовбурі або в ділянці великих півкуль головного мозку. У таких випадках незамінною є SRS з використанням гамма-ножа або лінійного прискорювача. Згідно з даними останніх досліджень, видалити пухлину й позбавитися симптомів хвороби з використанням SRS вдалося у 83-98% випадків. Також перевагами цього методу є мінімальний побічний вплив на здорові клітини організму, відсутність виснажливого післяопераційного періоду й практично незмінний спосіб життя пацієнта після втручання.

Висновки. Згідно з результатами сучасних досліджень, SRS виявилася безпечною й ефективною у видаленні НВ. Для більш комплексної оцінки ефективності методу потрібні подальші дослідження та спостереження за пацієнтами. Хоча методом вибору при НВ досі залишається мікрохірургія, результати перших досліджень вказують на високу імовірність поширення стереотаксичної радіохірургії як альтернативної методики для лікування гемангіобластом CNS, у тому числі викликаних синдромом Гішпеля-Ліндау.

М.А. Підгрушна

ПАТОГЕНЕЗ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСИКОДЕРМІЙ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб з курсом ПО

Т.В.Мельник (асистент, доктор філософії за спеціальністю «медицина»)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За останні роки значно зростає поширеність токсикодермії в клінічній практиці. Через розвиток алергічних реакцій недостатньо вивчені різні порушення морфо-функціонального та імунного механізму патогенезу у дітей при токсикодерміях.

Мета: Розглянути особливості патогенезу і механізму розвитку токсикодермії залежно від причин появи у дітей. Аналіз прояву токсикодермії у дітей.

Матеріали та методи: Проведено аналіз матеріалів з іноземних наукових джерел за даною тематикою.

Результати: Токсикодермія - гострий запальний дерматоз, що характеризується поширеним висипом і з'являється незабаром після ентерального або парентерального введення в організм хімічних речовин, що справляють на нього загальну дію. Залежно від виникнення процесу розрізняють медикаментозну (імунітет реагує на введення в організм ліків, найчастіше антибактеріальних) та ендотоксичну (виникає при порушенні метаболічних процесів в організмі, після впливу на дитину алергенів) токсикодермії. Найбільш схильні до таких процесів діти, у яких високий ризик появи атопії. У дітей з алергічними дерматозами спостерігаються порушення клітинного імунітету з розвитком дисбалансу між окремими субпопуляціями лімфоцитів: зниженням CD3 при підвищенні CD4 та зниженням CD8, відповідним підвищенням імунорегуляторного індексу. Початкова стимуляція передає сигнали кератиноцитам і місцевим ендотеліальним клітинам, які направляють імунну реакцію на шкіру. Одночасно відбувається активація Т-клітин лімфатичних вузлів, які експресують

ССР6. Внаслідок дії токсичної або алергічної речовини одразу за реакцією гіперчутливості першого типу виникають клінічні прояви, а саме: набряк тканин по всьому тілу, щільні вузлики, свербіж в місцях запалення з явищами еритеми. За реакцією гіперчутливості IV типу (клітинно-опосередкованою уповільненою реакцією) - токсикодермія проявляється бульозними, макулопапульозними, пустульозними висипаннями. Плямисто-папульозна висипка виникає внаслідок використання таких медикаментів: ампіциліну, пеніциліну, амоксициліну, аміноглікозидів, алопуринолу, барбітуратів.

Висновки: Відповідно до концепції реакцій гіперчутливості, деякі ліки обходять вроджену імунну систему і стимулюють Т-клітини пам'яті шляхом перехресної реакції з пептидними антигенами. Саме це може пояснити високу частоту реакцій, пов'язаних з певними інфекціями та аутоімунними захворюваннями. Стимулюючий потенціал взаємодії лікарських засобів з клітинами організму істотно залежить від здатності Т-клітин реагувати на сигнал мінімальної інтенсивності.

О.М. Плавков

IGA-ВАСКУЛІТ (ГЕМОРАГІЧНИЙ ВАСКУЛІТ, ХВОРОБА ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА) У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

Н.П. Масік (д. мед. н., проф.)

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Геморагічний васкуліт є складним і рідкісним ускладненням цирозу печінки, яке може призвести до серйозних наслідків, включаючи кровотечі, нефропатію, кишкову непрохідність, перфорацію кишківника, перитоніт, панкреатит.

Матеріали та методи: Проведено аналіз наукової літератури за період з 2015 по 2021 рік, використовуючи бази даних PubMed, Scopus, Google Scholar, Elsevier та Web of Science.

Мета: Вивчення патогенезу геморагічного васкуліту при цирозі та оцінка ефективності лікування цього ускладнення.

Результати: IgA-васкуліт – це васкуліт дрібних судин, що характеризується відкладанням комплексів імуноглобуліну А в різних органах і створенням унікальної клінічної картини. Ця хвороба переважно уражає шкіру (пальпована геморагічна висипка), суглоби (артрит/артралгія), кишковий тракт та нирки (IgA-нефропатія з нефритичним синдромом). Якщо патогенез геморагічного васкуліту у дітей розглядається як вторинний до імунної реакції на вірусну інфекцію, то у дорослих пацієнтів з цирозом печінки вважається, що IgA-васкуліт виникає вторинно через порушення метаболізму IgA і виявляється в меншій кількості випадків.

Національне дослідження у Франції (Pillebout et al., 2021 р.) виявило 20 пацієнтів, серед них 7 жінок (35%), у яких був діагностований цироз печінки (підтверджений клінічно та радіологічними методами обстеження), і пурпура Шенлейн-Геноха (клінічне та гістологічне підтвердження). Пацієнти з цирозом печінки та геморагічним васкулітом у порівнянні з пацієнтами, у яких був наявний лише геморагічний васкуліт, мали вищий рівень IgA у плазмі, дещо вищий рівень С-реактивного білка. У більшого відсотка цих хворих виявлено IgA-, С3-депозити та фібриноїдний некроз, а також виявлено мезангіальні депозити IgA, екстракапілярну проліферацію, тубулоінтерстиційний нефрит; у меншого відсотка розвинувся гломерулосклероз. У пацієнтів, які мали цироз та васкуліт, була дещо нижча швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ – 71,6 і 88 мл/хв/1,73 м²) у порівнянні з групою пацієнтів лише з геморагічним васкулітом.

Висновки: Геморагічний васкуліт є серйозним та рідкісним ускладненням цирозу печінки, яке вимагає негайного лікування. Лікування поєднаної патології включає трансфузію тромбоцитів, гемостатичну терапію та підтримуючу терапію функції печінки.

О.М. Плавков

**ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНОЮ HBV-ІНФЕКЦІЄЮ.
ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ HBV-ІНФЕКЦІЇ У ПЛОДА ТА
НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

О.О. Войналович (асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вірусний гепатит В – гепатотропний вірус, який спричиняє гостре та хронічне захворювання. Має контактний (парентеральний, статевий, вертикальний шляхи) механізм передачі. Факторами передачі можуть стати кров та інші рідини організму. Хронічний вірусний гепатит В відзначають у 8-16% населення країн Західної Європи та США. У світі 300-400 млн людей хворіють хронічним гепатитом В.

Матеріали та методи: Проведено аналіз наукової літератури, використовуючи бази даних PubMed, Scopus, Google Scholar, Elsevier та Web of Science.

Мета: Визначити необхідні дії лікаря щодо ведення вагітних жінок із хронічною HBV-інфекцією.

Результати: При вагітності у пацієнтки із хронічною HBV-інфекцією проводиться комплексне обстеження, за терміну вагітності до 12 тижнів визначаються протипоказання до виношування: виражена активність запально-некротичного процесу, виражений фіброз паренхіми печінки, портальна гіпертензія, синдром холестазу, цитолітичний синдром. Далі проводиться оцінка стану вагітної. Визначення ступеня активності (за тяжкістю запально-некротичного процесу). За умов мінімальної та помірної активності оцінка стану вагітної здійснюється амбулаторно: огляд акушера-гінеколога 1 раз на 2 тижні. Контролюють біохімічні показники крові, а також стан плода. Госпіталізація до відділення екстрагенітальної патології відбувається на 37-38 тижні вагітності. Якщо у пацієнтки немає прогресуючого фіброзу, рекомендується відкласти лікування до народження дитини.

Якщо у вагітної під час обстеження виявлено високий рівень ДНК ВГВ (>200 000 МО/мл), розпочинається противірусна профілактика на 24-28 тижні вагітності, яка не припиняється до 12-ти тижнів після пологів.

Гепатит В може передатись від інфікованої матері до дитини під час народження. Найефективнішим засобом профілактики розвитку інфекції у даному випадку є вакцинація. Відповідно до наказу МОЗ України №2070 від 11.10.2019: «Якщо мати новонародженого HBsAg+ вакцинація проти вірусного гепатиту В проводиться в перші 12 год життя дитини незалежно від маси тіла. Одночасно з вакцинацією, але не пізніше першого тижня життя, рекомендується ввести специфічний імуноглобулін проти гепатиту В. Після того, як дитина досягне віку 1 місяць, має бути проведена вакцинація серією щонайменше із трьох введень вакцин. Другу та третю дози вакцини вводять у віці 2 та 6 місяців життя». Відповідно до рекомендацій BMJ Best Practice, діти, народжені від HBV-позитивних матерів, мають отримати моновалентну вакцину проти гепатиту В протягом 1 доби від народження, у віці 4 тижнів. Після цього отримують полівалентну вакцину у 8 тижнів і додатково полівалентну вакцину у 12 та 16 тижнів. Разом із вакцинацією протягом 24 год після народження діти мають отримати імуноглобулін проти гепатиту В.

Висновки: При вагітності у жінок з хронічною HBV-інфекцією проводять комплексне обстеження, щоб визначити протипоказання до виношування. Якщо протипоказання відсутні, вагітність може бути виношена без лікування. Якщо рівень ДНК ВГВ або HBsAg високий, розпочинається противірусна профілактика. Для запобігання передачі вірусу від матері до дитини важлива вакцинація дитини. Водночас схеми вакцинації в Україні та за кордоном дещо різняться.

І.С. Плоскіна, І.І. Грицюк
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Станом на сьогодні медицина все більше досліджує проблему впливу коморбідності на перебіг основного захворювання. Останні дослідження показують, що ХОЗЛ займає вже третє місце серед причин смерті, а кожен п'ятий з них пацієнт страждає на ожиріння. Це ускладнює прогноз хвороби, адже спостерігається незадовільна відповідь організму на базисну терапію, і як наслідок - збільшення дозування препаратів.

Мета: проаналізувати особливості клінічного перебігу ХОЗЛ групи D у пацієнтів з аліментарним ожирінням, а також лабораторні показники, встановити кореляційний зв'язок з надмірною масою тіла, оцінити відповідь на початкову терапію у порівнянні з хворими на ХОЗЛ групи D, у яких ІМТ в межах норми.

Матеріали і методи: опрацьовано і проаналізовано 70 історій хвороб, з яких 42 (60%)-пацієнти з ожирінням, 28(40%)-пацієнти з нормальним ІМТ. Використано шкалу mMRC і ТОХ. Переглянуто ресурси PubMed, MedLine. Застосовано загальноклінічні, лабораторні, інструментальні, розрахункові методи.

Результати: Жирова тканина добре васкуляризована, що пояснює посилений метаболізм жирних кислот, які приймають участь у генералізації запальної реакції. Таку реакцію можна розглядати як фактор ризику дисфункції респіраторної системи і, відповідно, посилення запалення у легенях. Наше дослідження включало 70 пацієнтів віком від 41 до 67 років, з яких: 42(60%) - з ожирінням, 28(40%) - з нормальним ІМТ. Осіб чоловічої статі з ожирінням - 29 (69.05%), без ожиріння - 18 (64.3%), жіночої з ожирінням - 13 (30.95%), без ожиріння - 10 (35.7%). У ході власних досліджень, ми побачили, що у лабораторних даних пацієнтів з ожирінням превалюють ознаки системного запалення, тобто збільшення вмісту лейкоцитів, ШОЕ, та білків гострої фази, що асоціюється з важчим перебігом ХОЗЛ, активацією запалення і бронхообструктивним синдромом. Також у більшості пацієнтів з ожирінням, а саме 36 (85,7%) частіше виникали ЛН II і III, у 10 (35.7%) хворих з нормальним ІМТ переважали ЛН I і II, що пояснює частішу бронхіальну обструкцію у першій групі пацієнтів. Кількість загострень у пацієнтів з аліментарним ожирінням - не менше 2р/рік, у хворих з нормальним ІМТ переважало одне загострення з госпіталізацією. Відповідь на проведене лікування у пацієнтів з ожирінням була незадовільною, адже залишався такий симптом, як задишка (mMRC-3бали) у 30 (71.4%) хворих, в той час, як в групі пацієнтів з нормальним ІМТ дана скарга спостерігалась в 8 (28.5%) пацієнтів. Саме тому хворі вимагали корекції фармакологічної терапії (ескалації), яка передбачала використання трьох інгаляційних препаратів, один з яких мав бути глюкокортикостероїд.

Висновки: Проаналізувавши клінічний перебіг, дані лабораторних і інструментальних показників робимо висновок, що у пацієнтів з аліментарним ожирінням спостерігаються частіші загострення, активізуються ознаки системної запальної відповіді, а медикаментозна терапія потребує особливого підходу.

А.С. Продащук
**ВПЛИВ МЕХАНІЗМІВ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО БЕТА-ЛАКТАМНИХ
АНТИБІОТИКІВ НА ТАКТИКУ ВИБОРУ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ E. COLI -
АСОЦІЙОВАНИХ ІНФЕКЦІЯХ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.В. Швед

Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Антибіотикорезистентність мікроорганізмів є важливою проблемою. E. coli – є поширеним збудником, який стрімко розширює спектр своєї антибіотикорезистентності до бета-лактамів. Першу плазмідно-опосередковану бета-лактамазу, було виявлено ще в 1960-х роках, яка наразі еволюціонувала до бета-лактамаз розширеного спектру (ESBLs) та навіть карбапенемаз. У США станом на 2012 рік 11,9 ізолятів E. coli продукували ESBLs. Сьогодні ця цифра за різними даними може доходити до 20%, а в країнах Південної Америки та Азії – до 60%.

Мета: Проаналізувати дані світової літератури щодо механізмів антибіотикорезистентності E. Coli до бета-лактамних антибіотиків та на основі їх запропонувати тактику вибору антибіотикотерапії.

Матеріали та методи: в ході роботи проведено аналіз літературних джерел по темі. Використано ресурси PubMed, ASM journal, EUCAST, IDSA, UpToDate.

Результати: Основним механізмом резистентності до бета-лактамів у E. coli є продукція бета-лактамаз. До серинових бета-лактамаз належать: ESBLs, їх визначення базується на здатності ESBLs гідролізувати оксиміно-бета-лактами та чутливості до клавуланату. В більшості випадків при виявленні ESBL штаму, навіть при його лабораторій чутливості до цефепіму, цефоперазон-сульбактаму чи піперациліну-тазобактаму не можливо ефективно досягти ерадикації збудника, тому ці препарати не рекомендовані при виявленні ESBLs - продукції. AmpC гідролізують пеніциліни, цефалоспорины (1, 2, 3 покоління), цефаміцини, азтреонам, не інгібуються клавулановою кислотою та чутливі до карбопенемів. Для лікування даних інфекцій можна використовувати цефепім з МІК ≤ 2 мкг/мл. Якщо МІК ≥ 4 мкг/мл, то є висока ймовірність, що штам також продукує ESBLs. Таким чином, препаратами вибору в даних випадках є карбапенеми. Широке використання карбапенемів призвело до поширення карбапенемаз.

Сериновмісні карбапенемази: OXA-48 – чутливі до цефалоспоринів. OXA-48 часто зустрічаються в штаммах, які продукують ESBLs. KPC гідролізують абсолютно всі бета-лактами. Для ерадикації даних штамів використовують цефтазидим-авібактам.

Цинк залежні карбапенемази: NDM, VIM, IMP, проти яких єдиним активним бета-лактамом є азтреонам. Цинкзалежні карбапенемази часто зустрічаються разом з ESBLs, тому для ерадикації даних мікроорганізмів, використовують цефтазидим-авібактам + азтреонам. .

Висновки: При виборі антибіотикотерапії E. coli-асоційованих інфекцій необхідно враховувати механізми резистентності до антибіотиків. Так як антибіотики, які були ефективні in vitro, можуть призвести до клінічної невдачі на практиці. Тим часом антибіотики, які продемонстрували свою клінічну ефективність, в подальшому можуть викликати розширення спектру антибіотикорезистентності у E.coli.

О.Р. Саприга, О.В. Чумак

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В+Д НА ТЛІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.С. Андросова (к. мед. н., доц.), О.О. Попович (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічний гепатит D є одним з найбільш агресивних типів вірусного гепатиту та пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку цирозу та гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) (N. Mentha et al, 2019). Ко- або суперінфекція ВГВ+ВГД має важчий перебіг і прискорює розвиток цирозу печінки майже на 10 років в порівнянні з моноінфекцією ВГВ та втричі збільшує ризик розвитку ГЦК (Daniel G. Sausen, et al, 2022). Основною терапією хронічного гепатиту В+Д залишається пегільований інтерферон-альфа, але нажаль, результати такого лікування переважно не задовільні (A. Abdrakhman et al, 2021).

Мета: дослідити динаміку клініко-лабораторних показників у хворого на ХГВ+ХГД на тлі противірусної терапії (ПВТ) на основі клінічного випадку.

Матеріали та методи: огляд та аналіз наукової літератури в базах Google Scholar, Web of Science, PubMed, Scopus, статистичних даних національних відомств; ретроспективний аналіз амбулаторної карти.

Результати: Пацієнт Н., 37 років, скарги на загальну слабкість, швидку втомлюваність, роздратованість, безсоння, періодичний дискомфорт у правому підребер'ї, біль в суглобах. Діагноз був встановлений в 2019 році під час профілактичного огляду. Враховуючи, що у пацієнта є поєднання ХГВ+ХГД 29.09.2021 року був призначений PegIFN-alfa-2a 180 мкг 1 раз на тиждень 48 тижнів. До початку ПВТ у хворого спостерігалися ознаки мінімального запального процесу (АЛТ-113 ОД/л), виражений фіброз (14.7 кПа - F4 за METAVIR), високе вірусне навантаження HDV RNA - 117000 МО/мл та невизначальний рівень HBV DNA в ПЛР крові. В процесі терапії було проведено динамічне спостереження за пацієнтом на 24 та 48 тижні від початку ПВТ та на 24 тижні після завершення ПВТ. Через 24 тижні від початку терапії загальний стан пацієнта не змінився, нормалізувався рівень АЛТ, отримано неповну вірусологічну відповідь по ХГД (вірусне навантаження знизилось до 152 МО/мл). По завершенню терапії загальний стан покращився, рівень АЛТ знаходився в межах референтних норм, незначно зменшився показник ступеня фіброзу печінки (12.3 кПа – F3 за METAVIR), але кількість вірусу гепатиту D збільшилась (вірусологічний прорив - HDV RNA - 154000 МО/мл). Сероконверсії по HBsAg не відбулося. Через 24 тижні після припинення ПВТ стан пацієнта залишався задовільним, але зріс рівень АЛТ до 58 ОД/л, показник ступеня фіброзу повернувся до вихідного (15.9 кПа - F4 за METAVIR), вірусне навантаження HDV RNA - 28700 МО/мл, вірус гепатиту В у крові не визначався.

Висновки: поєднання хронічних гепатитів В+Д лишається значною медико-соціальною проблемою з огляду на несприятливий прогноз для пацієнта та відсутність ефективних схем лікування. Згідно останніх даних літератури продовжується активний пошук новітніх ефективних молекул противірусних препаратів. Зміни показників фіброзу до початку ПВТ і по завершенню клінічно не значимі і можуть бути обумовлені зменшенням запального процесу в печінці на тлі лікування.

М.В.Сірик
СИНДРОМ ТАКОЦУБО ТА COVID-19: АСОЦІАЦІЇ ТА НАСЛІДКИ

Кафедра внутрішньої медицини №2

О.В. Гуменюк (к.мед.н., ас. ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Під час пандемії COVID-19 (коронавірусна хвороба 2019) зросла частота серцево-судинних ускладнень як серед населення планети, так і серед пацієнтів, у яких діагностовано це захворювання. Одним з таких ускладнень є синдром Такоцубо. Синдром Такоцубо (ТТС) — це стан, який також називають стрес-індукованою кардіоміопатією, частота якого різко збільшилася в загальній популяції під час COVID-19. Тому актуальним є з'ясування питання, як взаємопов'язані ці два захворювання і чому ж частота ТТС зросла саме в період пандемії COVID-19.

Мета: Проаналізувати різні випадки кардіоміопатії Такоцубо, зареєстровані під час пандемії COVID-19, і консолідувати наявну інформацію про її клінічні ознаки, оцінку та лікування.

Матеріали та методи: Здійснили пошук у PubMed, використовуючи терміни MeSH «Кардіоміопатія Такоцубо» або «Стрессова кардіоміопатія» та «COVID-19», і визначили 16 звітів про випадки, дві серії випадків та одне ретроспективне когортне дослідження.

Результати: Загалом було зареєстровано 24 пацієнти з інфекцією COVID-19, у яких розвинулася кардіоміопатія Такоцубо, і двоє пацієнтів без COVID-19, у яких розвинулася кардіоміопатія Такоцубо через емоційний стрес, пов'язаний із глобальною пандемією. Середній вік пацієнтів становив 67 років, 16 (59,3 %) були жінками. Біль у грудній клітці спостерігався лише у 10 пацієнтів (38,46 %), а підйом ST – в 11 пацієнтів (42,3 %). У той час як у більшості пацієнтів була типова кардіоміопатія Такоцубо, у чотирьох пацієнтів розвинулась інвертована (зворотна) кардіоміопатія Такоцубо, у двох було залучення двох шлуночків, в одного – серединна локалізація Такоцубо, а в іншого – глобальна локалізація Такоцубо зі збереженням інтактної апікальної частини. Більшість пацієнтів мали позитивний результат із повним або майже повним усуненням серцевої дисфункції на момент виписки. Повідомляється про п'ять летальних випадків (19,23 %).

Висновок: Отже, ТТС у пацієнтів з COVID-19 зустрічається дуже рідко, але може призвести до захворюваності та високої смертності. Лікарі повинні усвідомлювати необхідність ретельного вивчення як коронавірусної інфекції, так і синдрому Такоцубо, для того щоб чітко розуміти механізми даних патологій.

Б.Я. Скиба

**ПОШИРЕНІСТЬ ПУБЛІКАЦІЙ НА ТЕМУ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЯ
У БАЗІ PUB.MED.**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

К.В.Ксенчина (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мікроальбумінурія (МАУ) — достовірний і цінний показник, що характеризує прогресування зниження функції нирок, а також незалежний фактор ризику розвитку серцево-судинних захворювань. В науковій літературі все частіше зустрічається визначення «МАУ».

Мета: оцінити поширеність публікацій на тему МАУ у базі Pub.MeD.

Матеріали та методи: бібліометричний метод.

Результати: Наша робота полягала у аналізі поширення публікацій на тему МАУ у електронній базі медичних даних Pub.MeD. Дослідження були проведені у період 1983-2023 рр. та розрізняються за тривалістю, структурою, методологією, кількістю обстежуваних. Під

час роботи провели розподіл публікацій та встановили їх кількість за такими ключовими словами «microalbuminuria and cardiovascular risk» – 3462 , «microalbuminuria and diabetes» – 7297, «microalbuminuria and kidney» - 3793. Отримані результати відображають, що найбільш активно вивчався показник мікроальбумінурії при цукровому діабеті. Також проаналізовано динаміку за кожні 10 років у період 1983-2023 pp: «microalbuminuria and cardiovascular risk» 1983-93 pp. – 143 , 1993-2003 pp.. – 837, 2003-2013pp.. – 1771, 2013-2023 pp. – 1071 «microalbuminuria and diabetes» 1983-93 pp. – 783 , 1993-2003 pp.. – 2104, 2003-2013pp.. – 2932, 2013-2023pp. – 2184; «microalbuminuria and kidney» 1983-93 pp. – 288 , 1993-2003 pp.. – 757, 2003-2013pp.. – 1600, 2013-2023pp. – 1516. Відповідно до отриманих даних, найбільша кількість досліджень була здійснена у період 2003-2013 роки і склала за запитом «microalbuminuria and cardiovascular risk» – 51,15%, «microalbuminuria and diabetes» – 40,18%, «microalbuminuria and kidney» – 42,18%. Різноманітність наукових робіт виявилась значною: кількість проведених мета-аналізів на тему «microalbuminuria and cardiovascular risk» – 27, «microalbuminuria and diabetes» – 85, «microalbuminuria and kidney» – 56; кількість систематичних оглядів: «microalbuminuria and cardiovascular risk» – 31, «microalbuminuria and diabetes» – 79, «microalbuminuria and kidney» – 57; кількість рандомізованих контрольованих досліджень: «microalbuminuria and cardiovascular risk» – 208, «microalbuminuria and diabetes» – 504, «microalbuminuria and kidney» – 224; клінічних досліджень: «microalbuminuria and cardiovascular risk» – 306, «microalbuminuria and diabetes» – 756, «microalbuminuria and kidney» – 327. Нами було здійснено розподіл кількості наукових робіт у базі Pub.MeD за параметром «мова»: Україна – 1, тоді як у порівнянні, наприклад, Угорщина – 18, Польща – 71, Румунія – 8, Росія – 114.

Висновок: Визначення МАУ більш досліджувалось серед пацієнтів з цукровим діабетом, аніж у пацієнтів з хворобами нирок та серцево-судинним хворобами. Динаміка активності публікацій за використаними ключовими словами відображає пік досліджень з 2003 - 2013 роки, з наступним зменшенням кількості до поточного 2023 року. На теренах України питання виявилось недостатньо вивченим на проілюстрованім у базі даних Pub.MeD, у порівнянні з іншими сусідніми країнами.

Я.С. Слободянюк
РОЛЬ ТРИВИМІРНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В СУЧАСНІЙ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О. Б. Баланюк (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність : 3D ультразвук є одним із сучасних методів візуалізації, який має доволі високу чутливість і специфічність близькі до 100%, його перевага представлена анатомічним отриманням об'єму, а не отриманням зрізу. Створений об'єм містить всю необхідну інформацію, оскільки будь-яке зображення можна реконструювати та аналізувати на основі збереженої інформації про об'єм. Можливість генерувати додатковий об'єм сканування в реальному часі та використовувати різні площини, робить 3D ультразвук важливим інструментом, який можна використовувати у багатьох клінічних аспектах і потенційно може замінити сканування МРТ.

Мета : Дослідити використання тривимірного ультразвукового дослідження у діагностиці аномалій жіночої статеві системи , скринінгу будь-яких аномалій обличчя, хребта, кінцівок плоду.

Матеріали та методи: Аналіз наукових робіт вітчизняних та іноземних вчених, статей у науково-практичних медичних журналах, обробка результатів останніх експериментальних клінічних досліджень

Результати : Під час опрацювання матеріалу було визначено, що 3D діагностика широко використовується для оцінки кровообігу у плоду, в урогінекології, онкогінекології, діагностиці безпліддя, у ранньому виявленні таких патологій у плоду як: хромосомні аномалії, різні синдромальні стани, порушення розвитку скелету, обличчя.

Висновок : Використання 3D-ультразвуку для отримання цінної клінічної інформації могло б замінити сканування МРТ у гінекологічних пацієнтів, оскільки воно забезпечує такі ж або навіть кращі зображення. Крім того, даний вид ультразвукового дослідження є менш дорогим, менш стресовим для пацієнтів і надає цінну інформацію про функції органів на додаток до структури.

А.М. Стариченко

СИНДРОМАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ: ЕЛЕМЕНТИ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ «CASE DISCUSSION» НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Г.І. Томашкевич (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Клінічне мислення – це складний набір здібностей, яким студенти мають навчитися та відпрацювати з метою зменшення когнітивних та діагностичних помилок під час обстеження пацієнтів.

Мета. Застосування методу клінічного випадку «Case discussion» з використанням елементів інтерактивного навчання для формування клінічного мислення, удосконалення навичок обстеження пацієнтів з синдромом бронхіальної обструкції.

Матеріали та методи. Результати обстеження пацієнта з синдромом бронхіальної обструкції. Вивчення переваг методу «Case discussion» у покращенні засвоєння практичних навичок з пропедевтики внутрішньої медицини.

Результати. Пацієнт К., віком 51 рік, на момент обстеження скаржиться на виражену задишку змішаного характеру, яка збільшується під час помірних фізичних навантажень. Задишка є основним суб'єктивним симптомом синдрому легеневої чи хронічної серцево-судинної недостатності та свідчить про стадію декомпенсації захворювання, ведучим синдромом якого може будь-який.

Також пацієнт поскаржився на кашель з відходженням невеликої кількості в'язкого слизово-гнійного мокротиння, що свідчить про наявність синдрому запалення органів дихання.

Висновки за результатами анамнезу хвороби та життя: 1) захворювання хронічне – тривалість 8 років, загострення триває більше 3 місяців на рік, 2) запальний характер, 3) прогресуючий перебіг, 4) в стадії декомпенсації, 5) фактори ризику виникнення захворювання: професія пов'язана з переохолодженням, палив протягом 15 років до 1 пачки за 3 дні.

Під час об'єктивного обстеження ми виявили наступні патологічні симптоми: 1) дифузний ціаноз, тахіпное, участь міжреберних м'язів в акті дихання – є ознаками синдрому легеневої недостатності; 2) емфізематозна форма грудної клітки; ослаблене голосове тремтіння, коробковий перкуторний звук, ослаблене везикулярне дихання на симетричних ділянках грудної клітки характерні для синдрому підвищеної повітряності легень; 3) ослаблене жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом, сухі свистячі хрипи свідчать про синдром бронхіальної обструкції.

Попередній синдромальний діагноз. Синдроми обструкції дрібних бронхів, підвищеної повітряності легень, легеневої недостатності.

Результати спірографії: ознаки незворотньої обструкції, змішаний тип вентиляційної недостатності, - підтвердили наше заключення.

Висновок: Аналіз клінічних симптомів від скарги, яка може бути суб'єктивною ознакою значної кількості синдромів, обговорення діагностичних критеріїв кожного з можливих

синдромів, їх відповідність, сприяє розвитку клінічного мислення, мотивує до пошуку інформації, навчає роботі в команді, підвищує цікавість до навчання та є ключовим моментом для розуміння мети пропедевтики внутрішньої медицини.

І.Ю. Терлига, Р.В. Марценюк

ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ СУЧАСНОГО ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНА

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету № 2

М.О. Матохнюк (PhD, асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова м.Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Крона (ХК) — це різновид запального захворювання кишечника, яке викликає запалення тканин у травному тракті, що призводить до втоми, втрати ваги, болю в животі, сильної діареї. Це захворювання найбільш розповсюджене в Західній Європі та Північній Америці і його поширеність складає від 100-300 на 100000 осіб. Загалом хворіють 2 мільйона людей в Північній Америці та 3,2 мільйона у Європі й інших країнах.

Мета: Дослідити ефективність нових методів терапевтичного лікування хвороби Крона.

Матеріали та методи: Збір, аналіз та порівняння інформації щодо сучасних методів лікування хвороби Крона у всьому світі.

Результати: використання легкої та нежирної їжі, а в період загострення зменшене вживання клітковини показало зменшення частоти рецидивів хронічного перебігу ХК. У США було запропоновано «рідку» дієту, що передбачає вживання спеціальних напоїв, які містять усі поживні речовини, що допоможе зменшити симптоми. Серед лікарських засобів для лікування використовують: аміносаліцилати (сульфасалазин, олсалазин, мезаламін та 5-аміносаліцилова кислота), стероїди (кортикостерон, преднізолон), імуносупресивні препарати (меркаптопурин, азатиоприн, метотрексат і такролімус), біологічні препарати (адалімумат, ведолізумаб, інфліксімаб). Для оцінки ефективності використовують індекс активності хвороби Крона (ІАХК), що являє собою опитувальник, для визначення балів. Результативність саліцилатів була доведена при лікуванні даного захворювання з локалізацією в клубовій, ілеоцекальній або товстій кишці, а саме за рахунок месалазину вдалося знизити ІАХК на 63 бали. Щодо кортикостероїдів, то їх активність доведена у двох основних випробуваннях, де було взято 162 пацієнти, яких розділили на дві групи. У першій частині вдалось досягти 60% ремісії з використанням 0,5-0,75 мг/кг/добу преднізолону (вища доза для більш тяжкої форми) впродовж більше 17 тижнів, а у другій - 83% ремісії з використанням 6-метилпреднізолону 1 мг/кг/день, протягом 18 тижнів. Біологічні препарати, а саме анти-ФНП демонструють однакову ефективність, що підтверджує дослідження 108 пацієнтів з помірною та важкою формою ХК, резистентною до 5-АСК, кортикостероїдів та/або імуномодуляторів, через 4 тижні прийому 5 мг/кг інфліксімабу показали відповідь 81 %. Згідно європейських рекомендацій також прийнято використовувати антибактеріальну терапію. Прийом метронідазолу демонструє падіння показника ІАХК на 67-97 балів, проте лише 56 зі 105 пацієнтів завершили дослідження, оскільки 17 було відкликано через побічні ефекти. Ципрофлоксацин показав подібну ефективність до месалазину при активній ХК, з відповіддю 40-50% через 6 тижнів. Комбінування ципрофлоксацину і метронідазолу порівняно з КС, показало 46% проти 63% ремісії.

Висновок: проведений аналіз ефективності сучасних методів терапевтичного лікування показав, що використання саліцилатів, стероїдів, анти-ФНП, імуносупресивних препаратів та частково антибактеріальної терапії призводить до стійкої ремісії ХК та полегшує життя пацієнтів.

А.А. Ткаченко

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ВИНИКНЕННЯ ТА ЗАГОСТРЕННЯ ШКІРНИХ ХВОРОБ

Кафедра шкірних і венеричних хвороб

Т.В. Мельник (асистент, доктор філософії)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З зв'язку з військовим станом в Україні, люди переживають підвищення рівня стресу та тривоги, обмежений доступ до медичної допомоги та засобів гігієни, вимушену міграцію та зниження економічного рівня країни. Перелічені фактори сприяють виникненню та загостренню широкого спектру шкірних хвороб. Захворювання шкіри здатні створювати естетичний та особистий дискомфорт, спричиняти сильний біль, свербіж та суттєво погіршувати якість життя.

Мета: Висвітлити актуальну на даний момент проблему та дослідити наслідки впливу війни на дерматологічних хворих.

Матеріали та методи: Аналіз наукових статей, публікацій, досліджень з відкритих інтернет джерел: наукові статті з сайтів PubMed, UpToDate та Medscape

Результати: Крім прямої шкоди війни для здоров'я населення, її опосередкований вплив може мати ще більше значення. Основна причина яка може погіршити стан шкіри - підвищення рівня стресу та тривоги.

Шкірні хвороби, причиною яких є стрес, можна поділити на дві категорії:

1. Шкірні хвороби, які викликані або загострюються психологічним стресом (акне, вогнищева алопеція, атопічний дерматит, псоріаз, червоний плесканий лишай, розацеа, хронічна кропив'янка, вітиліго, пухирчатка).

2. Психологічні розлади з дерматологічними симптомами: обсессивно-компульсивний розлад або тривога, що призводять до патомімії, трихотилломанії та інших розладів.

Стрессова реакція призводить до активації ендокринної, нервової та імунної систем. Активація симпатичної нервової системи призводить до вивільнення катехоламінів норадреналіну та адреналіну. На рівні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи - стрес викликає у гіпоталамусі вироблення кортикотропін-рилізінг-гормону, який індукує вивільнення адренкортикотропного гормону з гіпофіза, що завершується вивільненням кортизолу з надниркових залоз. Медіатори, які вивільняються системно або локально регулюють вироблення інших медіаторів, таких як гістамін і серотонін, посилюють нейрогенне запалення, збільшують активацію сенсорної іннервації та знижують поріг чутливості свербіння у специфічних рецепторах. Ці медіатори можуть посилювати запалення шкіри, збільшувати інтенсивність свербіжу, порушувати бар'єрну функцію шкіри, погіршувати загоєння ран і пригнічувати імунітет.

Висновки: Отже, стрес є основною причиною виникнення та загострення шкірних хвороб в період війни. Він має пряму дію - запускає процеси самопошкодження шкіри та опосередковану - в депресивних станах пацієнти можуть виривати власне волосся, травмувати шкіру до ран та довго не звертатись за медичною допомогою.

С.С. Ткачук

ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ АСОЦІЙОВАНОГО З ВІРУСОМ ЕПШТЕЙН БАРРА

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.В. Кириленко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром хронічної втоми (СХВ) сьогодні вважається медико-соціальною проблемою так як своїм впливом на життя людини знижує його якість та може призводити до інвалідності. Варто відзначити, що синдром хронічної втоми іншої етіології, такої як психологічної чи фізіологічної, не призводить до таких тяжких наслідків як після перенесеного герпесвірусу. Зважаючи на те, що щорічно інфекційний мононуклеоз виявляють у мільйонів осіб, профілактика виникнення синдрому хронічної втоми асоційованого з вірусом Епштейн-Барра є актуальним питанням.

Мета: оцінити методи лікування та профілактики синдрому хронічної втоми після перенесеного інфекційного мононуклеозу

Матеріали та методи: аналіз теоретичної бази наукових видань і статей у інтернет джерелах щодо профілактики та лікування ускладнення спричиненого вірусом Епштейн-Барра – синдрому хронічної втоми.

Результати: синдром хронічної втоми вважається хронічною формою персистування вірусу Епштейн-Барра в організмі, яке на тривалий час, більше 6 місяців, виводить людину з активного життя за рахунок зниження працездатності та хронічної втоми. Важливим моментом є постановка діагнозу, на користь постгерпесвірусного СХВ вказує перенесене до цього герпесвірусне захворювання та клініка: субфебрилітет, втома, артралгії, міалгії, розлади сну та нейропсихологічні розлади. Для підтвердження діагнозу використовують специфічні методи діагностики: після перенесеної інфекції в крові позитивно можуть визначатись специфічні IgG. В загальноклінічних аналізах спостерігається лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, зростає активність трансаміназ в сироватці крові, в імунограмі виявляють низький рівень активності гуморальної та клітинної ланки імунітету.

Єдиним гарантованим способом уникнути ускладнень - це запобігти інфікуванню вірусом Епштейн-Барра, тому профілактика повинна бути пріоритетним завданням будь-якого лікаря. До методів профілактики відносяться загальнозміцнюючі неспецифічні методи, також особам, що мають підтверджену ВЕБ інфекцію заборонено бути донором крові та органів. Ідеальною профілактикою звісно є вакцинація, але ефективної вакцини проти ВЕБ ще не вдалось отримати, проте компанія Moderna запустила багатообіцяючу першу фазу клінічних випробувань вакцини проти вірусу Епштейн-Барра.

Лікування СХВ полягає в симптоматичній терапії та відпочинку і зменшенні фізичних навантажень для покращення стану хворого. В симптоматичну терапію входить вітамінотерапія, дієта, ноотропи, денні транквілізатори, ентеросорбенти, загальнозміцнюючі препарати.

Висновки: до лікування СХВ залишаються певні питання, які потребують пошуку ефективних клінічних досліджень та лікувальних засобів. Профілактика виникнення СХВ – це попередження захворювання вірусом Епштейн-Барра, постійне підтримання людиною свого здоров'я та уникання контакту з хворими, вакцинація на сьогодні вісутня.

Е.В. Товмасян, Т.В.Шевчук

СИНДРОМ АКТИВОВАНОЇ РІЗ-КІНАЗИ ЯК ВРОДЖЕНА ПОМИЛКА ІМУНІТЕТУ

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

О.Б. Бондарчук (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Дельта-синдром активованої РІЗ-кінази (APDS) є вродженою помилкою імунітету (первинним імунодефіцитом), спричиненим домінантними мутаціями, які підвищують активність фосфоінозитид-3-кінази δ (РІЗК δ). Відомо, що первинні імунодефіцити - це група генетичних розладів імунної системи, що клінічно проявляються підвищеною сприйнятливістю до інфекцій, аутоімуними, алергічними і лімфопроліферативними хворобами. Відкриття молекулярної основи цього первинного

імунодефіциту свідчить про те, що пацієнтів із APDS, які раніше отримували лише неспецифічну терапію, можна лікувати новим класом препаратів, які пригнічують активність P13Kδ.

Мета. Проаналізувати літературні джерела стосовно виникнення первинного імунодефіциту, внаслідок активації P13-кінази. Опрацювати та дослідити виникнення вроджених патологій, які пов'язані з імунною системою на прикладі пацієнтки з синдромом активованої P13-кінази.

Матеріали та методи. Наукові медичні публікації, статті, інтернет ресурси та клінічний випадок пацієнтки з вродженою помилкою імунітету.

Результати. APDS - це рідкісне (орфанне) генетичне захворювання, яке відноситься до вроджених помилок імунітету (первинних імунодефіцитів). Вперше описано у 2014 році. На даний момент відомо про близько 200 пацієнтів з APDS у світу. У нашої пацієнтки дана патологія була діагностована у віці 16 років за молекулярно генетичним тестуванням. Шлях до встановлення діагнозу був довгим і складним. З анамнезу життя нам стало відомо, що пацієнтка з раннього дитинства і на протязі усього життя страждала на персистуючі бактеріальні, вірусні та грибкові інфекції, періодичний субфебрилітет, висипи на шкірі пальців ніг та кистей, відставала в розвитку (фізичному і психоемоційному), мала стигми дизембріогенезу. Консультація спеціалістів встановила наступні патології: двостулковий аортальний клапан, стеноз та недостатність аортального клапану, синдром Рейно, затримка росту соматогенна, дефіцит ваги, змішаний астигматизм лівого ока, міопія слабого ступеня правого ока, вторинний дерматит, тики невротичні, дефіцитна анемія 1 ст., хронічний дакриоцистит, вульвовагініт, хронічна лімфопроліферація (шийна), соматогенний субанізм. Після спеціального лабораторного імунологічного дообстеження та консультації дитячого клінічного імунолога було встановлено діагноз комбінованого первинного імунодефіциту. А молекулярно-генетичне тестування виявило вроджену помилку імунітету - синдром активації P13-кінази дельта. На даний момент пацієнтка отримує в якості імунотерапії препарат «Rapamune», діючою речовиною якого є сиролімус (імунодепресант) і має компенсований клінічний статус.

Висновок. Вивчення APDS значно покращило наше розуміння ролі P13Kδ в імунній системі людини та формуванні імунопатології. Важливим є вчасне виявлення пацієнтів з вродженими помилками імунітету, спричиненими активацією P13-кінази, щоб забезпечити нове специфічне лікування, що засноване на знаннях, зменшити ризик інфекцій, їх ускладнення та покращити якість життя пацієнта.

Б.А. Федор, Д.В. Чугаєвський

КОРОНАРНА КТ АНГІОГРАФІЯ МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

М.О. Зорич (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У 2022 році показник смертності внаслідок гострої ішемічної хвороби зріс до 17.8 мільйонів осіб, що, безумовно, є важливою медико-соціальною проблемою. Діагностика та раннє виявлення ІХС та дефектів коронарних судин набувають популярності у зв'язку із високою ефективністю запобігання розвитку коронарного синдрому, особливо у молодих людей. Інвазивна коронарографія тривалий час була клінічним «золотим стандартом» для оцінки стенозу коронарних артерій. Проте з розвитком багатоспіральних КТ-сканерів це змінилось.

Мета: Оцінити переваги ККТА над інвазивними методами коронароангіографії та розглянути проблеми використання неінвазивних методів діагностики в умовах сьогодення.

Методи та матеріали: Проведено ретроспективний аналіз публікацій «PubMed», «Google Scholar», «Scopus»

Результати: Численні дослідження та відгуки лікарів-клініцистів свідчать про те, що вже найближчим часом ККТА почне повністю витіснити оперативні інвазивні способи коронарографії. Основною перевагою є відносна простота проведення дослідження, менший стрес для пацієнта та більша ймовірність виявити патологічні зміни коронарних судин при стенозі у осіб молодшого та середнього віку.

Набуло значного поширення застосування КТКА разом із ретроспективним ЕКГ-дослідженням, що дозволяє співставляти зображення КТ та результати ЕКГ з метою найменшої кількості артефактів під час руху серця.

На відміну від традиційної коронарної ангіографії, КТ може окрім просвіту коронарної артерії оглянути стінку коронарної артерії. Завдяки цьому стає можливим ідентифікувати некальцифіковану бляшку, яка не обмежує кровотік, але є «нестабільною» та може призвести до гострого коронарного синдрому. Виявлення компонентів бляшки, вимірювання тягаря атеросклеротичної бляшки та її відповіді на лікування, а також диференціація стабільних бляшок від тих, які схильні до розриву, відіграють важливу роль у прогнозуванні ризику серцевих подій для пацієнта.

Завдяки покращеній просторовій і часовій роздільній здатності, досягнутій при 16- та 64-зрізовій КТ, можна очікувати більш точної оцінки прохідності або атеросклеротичних змін коронарного шунтування (АКШ), що має особливе значення для осіб з перенесеними оперативними втручаннями.

За підсумками численних досліджень виявлено, що приблизно 1 з 2000 людей захворіє на рак внаслідок опромінення при КТКА. Це, безумовно, є недоліком, над корекцією якого зараз активно працюють тисячі вчених.

Висновок: Отже, КТКА наразі є хоч дороговартісним, але ефективним методом діагностики стенозу коронарних судин, ІХС. Чутливість та специфічність КТ коронароангіографії становить 89% і 96% відповідно, що дозволяє з високою ймовірністю виявити порушення коронарного кровотоку ще на ранніх стадіях патології.

Д.І. Фещенко, Л.М. Сурсаєва, Ю.П. Пашкова

РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ СУЧАСНОЇ БІОМАРКЕРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

Л.М. Сурсаєва (Ph. D., асист.), Ю.П. Пашкова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Своєчасні діагностичні заходи забезпечують оптимальний менеджмент пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) та допомагають запобігти розвитку ускладнень. З цією метою широко застосовуються біомаркери, як більш дешевий та доступний метод діагностики. Беручи до уваги значне поширення коморбідної патології, у кардіології є доречним застосування інтегрованого діагностичного алгоритму з використанням кількох біомаркерів.

Мета: опираючись на літературні джерела сформулювати нові та доповнити існуючі дані щодо використання біомаркерів для ранньої діагностики патологічних змін при ССЗ.

Матеріали та методи: проведений огляд літературних наукових джерел за 2015-2022 роки, що містяться в базах PubMed, Google Scholar, Elsevier, Scopus.

Результати: передсердний (ANP), мозковий (BNP) і С-натрійуретичні пептиди належать до гормонів, які синтезуються клітинами передсердь, шлуночків та ендотеліоцитами судин відповідно. ANP та BNP секретуються у відповідь на пошкодження міокарду та його біомеханічне розтягнення. Дані пептиди є маркерами ремоделювання серця та судин при серцевій недостатності та гіпертонічній хворобі. CNP синтезується у відповідь на виділення прозапальних цитокінів при ендотеліальній дисфункції та маркує структурно-функціональні

зміни в судинах. Стимулювальний фактор росту (ST2) є членом сімейства рецепторів інтерлейкіну (IL) 1, який існує в 2 формах: трансмембранний рецептор (ST2L) і розчинний (sST2). Лігандом ST2 є IL-33, який бере участь у зменшенні фіброзу тканин і гіпертрофії міоцитів. sST2 блокує зазначені позитивні ефекти, що призводить до гіпертрофії міокарда, фіброзу та дисфункції шлуночків. Галектин-3 виділяється фагоцитами внаслідок активації їх прозапальними цитокінами. Ремоделювання серця полягає у галектин-стимульованій проліферації серцевих фібробластів і збільшеному відкладанню колагену I, що призводить до фіброзу. Кардіотрофін-1 володіє проліферативними якостями і бере участь у ремоделюванні шлуночків, клапанів та міокарду. Являється прогностичним маркером серцевої недостатності та клапанної дисфункції. Апелін має вазодилатуючий ефект, може зупиняти утворення активних форм кисню, зменшувати окиснювальний стрес і запобігати гіпертрофії серця. Ендотелін-1 – потужний вазоконстриктор, мітоген і прозапальний медіатор, що виробляється у відповідь на гіпоксію або стрес ендотелію та посилює ішемію міокарда. Аполіпопротеїн E пов'язаний з високими рівнями ЛПНЩ і є фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця.

Висновки: вивчення відомих та відкриття нових біомаркерів патологічних змін при ССЗ дозволить вдосконалити та оптимізувати ранню діагностику кардіальної патології, що допоможе покращити лікування та попередити фатальні серцево-судинні події. В подальшому доцільно розробити комплексні пакети маркерної діагностики з метою персоніфікованого підходу до ведення пацієнтів з різними ССЗ.

М.В. Цибень

АНАЛІЗ РИНКУ ДОДАТКІВ ДЛЯ ANDROID-ПРИСТРОЇВ ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В УКРАЇНІ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.В. Демчук (д. мед. н., проф.), В.Л. Побережець(PhD)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сучасним та ефективним інструментом у веденні хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та бронхіальною астмою (БА) є програмні додатки для смартфонів. Їх використання надає можливість дистанційного моніторингу, комунікації та освіти пацієнтів. Однак аналіз ринку мобільних додатків створених для хворих БА та ХОЗЛ в Україні не проводився.

Мета: Провести аналіз доступних в Україні додатків для Android-пристроїв, які можуть бути використані хворими БА та ХОЗЛ.

Матеріали та методи: Пошук додатків у крамниці застосунків Google Play за ключовими словами: “астма”, “бронхіальна астма”, “хронічне обструктивне захворювання легень”, “хронічна обструктивна хвороба легень”, “ХОЗЛ”, “chronic obstructive pulmonary disease”, “COPD”, “bronchial asthma”, “asthma” було здійснено у листопаді 2022 року.

Результати: Було виявлено 123 додатки. До категорії “Медицина” належали 52 додатки, з яких доступними для завантаження в Україні було 47. Ці додатки були завантажені 24 мільйони разів.

Аналіз мови застосунку показав, що 6 додатків (12,8%) були україномовними, 33 (70,2%) - англійськомовними, 8 (17,0%) - іншими мовами.

За доступністю - 44 додатки (93,6%) були безкоштовними, 3 додатки (6,4%) потребували плати за користування.

За цільовою аудиторією додатки були розподілені наступним чином: 11 додатків (23,4%) призначені для медичних працівників, 25 додатків (53,2%) - для пацієнтів, з яких лише 5 були

безкоштовними та україномовними (більше 6 мільйонів завантажень); 11 додатків (23,4%) – розроблені для обох цільових груп, серед яких не виявлено безкоштовних та україномовних. На основі відгуків користувачів визначено, що найвищу відмітку (від 4,0 до 5,0) отримали 12 додатків (25,5%), 3 додатки (6,4%) отримали бал від 3.0 до 4.0, і лише 2 додатки (4,3%) були оцінені від 0,0 до 3,0 балів. Решта 30 додатків (63,8%), через відсутність оцінок, до рейтингу не потрапили.

Висновки: В Україні хворі БА та ХОЗЛ мають доступ до 47 мобільних додатків для Android-пристроїв, що допомагають їм адаптуватися до життя з хворобою, з яких 25 орієнтовані виключно на пацієнтів, 11 – на пацієнтів та медичних працівників. Однак лише 5 додатків є безкоштовними та україномовними, що є недостатнім для забезпечення потреб українських пацієнтів.

В.О. Челишев

ХВОРОБА EVALI (СЛАБКІ ЛЮДИ КУРЯТЬ, СИЛЬНІ-КИДАЮТЬ, ІНТЕЛІГЕНТНІ-ЦАРЯТЬ)

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В.Степанюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: за останніми даними CDC, зареєстровано 26 випадків смерті від невідомого захворювання у 49 штатах, округ Колумбія (середній вік 49 років, діапазон 17-45 років). Одне, що об'єднувало цих пацієнтів - це користування електронними сигаретами чи вейпами. Дана проблема вражає населення і України. Особливо це пов'язано з низькою якістю електронних сигарет та вейпів, які купуються в неофіційних дилерів. Враховуючи стрімкий розвиток цієї культури куріння, постає питання про ранню діагностику та лікування даної патології. Так як віддалені наслідки цієї недуги, а саме більший ризик розвитку бронхіальної астми, раку легень, пневмонії, хронічного обструктивного захворювання легень ще ніким не дослідженні. Беручи до уваги, якою популярністю користується вейп у студентів, важко уявити кількість студентів, альвеоли яких окутані EVALI.

Метою роботи є виявлення студентів ВНМУ на дану патологію та методи профілактики даного захворювання.

Матеріали та методи: опитування та аналіз анкетування студентів ВНМУ, які проживають в гуртожитках та контактують з вейпами чи електронними сигаретами (1 група-30 студентів); безпосередньо зловживають (2 група -23 студента); ті, які палять звичайні сигарети (3 група-20 студентів). 2 група була поділена на: ті які купують в офіційних дилерів (2а-5 студентів), та неофіційних (2б-18 студентів). Також проаналізовані дані іноземних джерел країн США, Іспанії та Канади.

Результати: всі респонденти були проанкетовані, чи відмічали вони у себе симптоми, характерні для хвороби EVALI, як часто, та з чим пов'язують їх виникнення. 1 група відмічала : кашель- 14 студентів (46,6%), задишку 6 (20%); диспепсичні прояви - 6 студентів (20%): біль в животі та нудота 6 (20%). Першими з'являлися респіраторні, а згодом прояви диспепсії у 5 студентів (16,6%); лихоманка та озноб були в 6 студентів (20%). 2а група : кашель-3 студента (60%), біль в животі, нудота, лихоманка, озноб 4 студента (80%). Група респондентів, які купували електронні сигарети та вейпи в неофіційних дилерів (2б), мали наступні результати: кашель у 16 (88,8%), біль в грудях- 10 (55,5%), задишка в 9(50%) студентів; біль в животі, нудота, блювання, діарея - 18 студентів з цієї групи (100%). Першими з'являлися респіраторні прояви, а згодом-прояви диспепсії в 17 студентів (94%); лихоманка та озноб у 18 (100%). У 3 групі, яка зловживає звичайними сигаретами: кашель у 15 (75%), біль в грудях-у 10 (50%), нудота 10 (50%), блювання 5 (25%). Першими з'являлися респіраторні, а згодом прояви диспепсії у 4(20%).

Висновки: симптоми хвороби EVALI неспецифічні, отже стверджувати, що ці студенти хворіли чи хворіють саме нею ми не можемо. Але результати опитування в групі 2б- найгірші. Це можна пояснити як використанням електронних сигарет, так і низькою якістю сигарет та вейпів, якими вони зловживають. Основним лозунгом пропаганди електронних сигарет була відмова від звичайних. Результати наших спостережень, дані іноземних джерел не показують, що електронні сигарети є більш безпечними. Дана проблема потребує подальшого вивчення. Основним методом вберегти себе є повна відмова від зловживання будь-якими сигаретами чи вейпами.

А.П. Черначук, А.В. Голубець, Д.Р. Якобчук

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ПАЦІЄНТОК З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ДОСЛІДЖУВАНИМ ПРЕПАРАТОМ ДОЛУТЕГРАВІРОМ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Л.С. Медведєва (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: При аналізі даних клінічного дослідження Національним інститутом охорони здоров'я США було виявлено, що у Ботсвані народилися чотири дитини із дефектом нервової трубки, матері яких приймали антиретровірусну терапію препаратом Долутегравіром (DTG). Дана обставина потребувала негайної відміни та нових досліджень препарату. Загальна кількість жінок, що приймали участь у КД, складає 426 осіб. Лікування та спостереження за вагітними проводили в період з 2018 по 2019 рр. Аналогічні дослідження спільно із інститутом охорони здоров'я були проведені на базі Маріупольського міського центру по профілактиці та боротьбі зі СНІД.

Мета: Провести огляд та детальний опис інформації, що включає перебіг вагітності у жінок із ВІЛ-інфекцією, які приймали досліджуваний DTG; зробити статистичний аналіз зібраної інформації.

Матеріали і методи: Історії хвороб та виписки вагітних, які проходили лікування в Маріупольському міському центрі по профілактиці та боротьбі зі СНІД; огляд закордонних даних.

Результати: У процесі роботи було проведено огляд даних та ретельний опис ведення вагітних жінок з ВІЛ-інфекцією у період з лютого 2014 року по 18.06.2021 року. Протягом цього часу на обліку знаходилося 605 пацієнток, з яких 167 отримували Долутегравір до вагітності та весь її період. Дані за 2014 рік показали, що зі 110 жінок, що приймали антиретровірусну терапію, у 105 вагітність завершилася пологами, у п'яти жінок - аборт. У 2015 році у всіх 88 пацієнток вагітність закінчилася пологами. У 2016 зі 105 вагітностей: 102 пологи та 3 аборти. За 2017 рік - усі 80 вагітностей завершилися пологами. У даних за 2018 було виявлено 55 пацієнток, з яких 53 народило та у двох було перервано вагітність. За 2019 рік 67 пологів, 10 абортів - всього 77 вагітностей. У 2020 році - 66 жінок: 59 пологів, 7 абортів. Станом на кінець червня 2021 року на обліку перебувало 24 жінки, з яких 19 народило та у 5 було перервано вагітність. Згідно з рекомендаціями ВООЗ у 2018 році було розпочато ретельний нагляд за пацієнтками, що приймали DTG, та скринінги плоду на наявність дефектів розвитку нервової трубки, а також подальше спостереження за новонародженими протягом 30 днів. За час з 2018 по 2021 рр. загалом було обстежено 102 жінки, що лікувалися DTG. Порушень з боку нервової системи плоду у жодної із пацієнток виявлено не було.

Висновки: Антиретровірусна терапія дозволяє жінці безпечно виносити та народити ВІЛ-негативну дитину. Згідно з міжнародними рекомендаціями DTG є препаратом вибору першого ряду. Після випадків народження дітей з патологіями нервової системи постало питання про безпечність DTG щодо плоду. На даний момент, після проведених ретроспективних досліджень, більшість країн світу дійшли висновку, що препарат є безпечним, ефективним та

вірогідність народження дитини з дефектом нервової трубки така ж, як у популяції, чи незначно підвищена.

В.Ю. Шайдюк

COVID-19 ТА СУГЛОБОВИЙ СИНДРОМ. ПРОБЛЕМИ ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ «РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ» ПІСЛЯ COVID-19.

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

Н.А. Півторак (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сучасному етапі поширення COVID-19 на передній план виходить не гостра симптоматика, а віддалені наслідки хвороби, які відомі під назвою «Постковідний синдром» або «Post-COVID». Post-COVID – це ознаки та симптоми, що розвиваються під час або після інфекції COVID-19, тривають >12 тижнів і не пояснюються альтернативним діагнозом. Клінічна симптоматика цього стану включає тривалу задишку, кашель, слабкість, втому, головний біль, але найбільшу увагу до себе привертає суглобовий синдром, оскільки його прояви найбільше знижують якість життя хворого, утруднюють повсякденну роботу і можуть призводити до інвалідизації. Додатково піднімається питання постановки діагнозу «Реактивний артрит», оскільки до цього часу ще остаточно не встановлено його етіологію, а наявні діагностичні критерії 1999-го року не відповідають сучасним реаліям.

Мета: На основі доступних регламентуючих документів висвітлити важливість детального обстеження пацієнтів із суглобовим синдромом, які перенесли COVID-19; представити один із перших випадків РеА після COVID-19, що був опублікований в журналі «Rheumatology International».

Матеріали та методи: Проведено пошук в доступних базах за термінами: «COVID-19», «post-COVID», «суглобовий синдром», «реактивний артрит». У роботі використані статті опубліковані в журналах «Rheumatology International» та «Nature Reviews Rheumatology», взято до уваги дослідження «Post-COVID-19 functional status six-months after hospitalization», а також дані з «Cochrane Library», «PubMed», «ResearchGate». Для поглиблення практичних знань проаналізовано електронні історії хвороб, виконано порівняння ведення пацієнта за вітчизняними та міжнародними рекомендаціями. Окремо проаналізоване питання встановлення діагнозу «Реактивний артрит» після перенесеного COVID-19.

Результати: Коронавіруси зазвичай не викликають запального артрити, а найчастіше-артралгію та міалгію. При ураженні ендемічними коронавірусами біль у суглобах і м'язах зустрічається досить рідко (<10% випадків), тоді як при COVID-19 артралгія спостерігається у 15% пацієнтів, а міалгія ще частіше – у 44%. Проте, на сьогодні з'являється все більше і більше даних про розвиток запальних артритів, пов'язаних з вірусом SARS-CoV-2. Визначено, що під маскою постковідного синдрому може ховатися діагноз реактивного артрити. Однак встановлення діагнозу утруднюється через застарілі діагностичні критерії, недостатньо вивчену етіологію захворювання та невідомі точні механізми ураження суглобів.

Висновки: Діагноз «Реактивний артрит» після перенесеного COVID-19 – явище досить рідкісне, але зустрічається в клінічній практиці. Для його встановлення потрібно затратити значний період часу та провести велику кількість обстежень, що створює додаткове матеріальне навантаження на пацієнта та систему охорони здоров'я, а також відійти від класичного увлечення РеА.

М.О. Шемета
**РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ДИСПЕПСІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ
ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

І.В. Чернова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Одним із найрозповсюдженіших симптомокомплексів, що зустрічається у практиці внутрішньої медицини є диспепсія. Диспепсія - це комплекс симптомів, які включають біль або печіння в епігастральній ділянці, почуття повноти після прийому їжі або раннє насичення. Оцінка поширеності функціональної диспепсії може ускладнюватися через застосування різних діагностичних критеріїв, можливий перехрест симптомів з іншими порушеннями та невідповідну інтерпретацію симптомів диспепсії. Функціональна диспепсія вражає до 16% здорових людей у загальній популяції, а поширеність симптомів диспепсії сягає від 20% до 40%. До факторів ризику належать жіноча стать, молодий вік, куріння, прийом НПЗП, інфекція *Helicobacter pylori* та нестабільний емоційний стан пов'язаний зі стресом. Хоча патофізіологія функціональної диспепсії залишається не повністю вивченою, але пов'язана з порушенням зв'язку між ШКТ і мозком. Під час пандемії COVID-19 через хронічний стрес поширеність *функціональних захворювань* ШКТ зростає до 10%. Тому на сьогодні, коли постійний стрес став нашим незмінним супутником в зв'язку з воєнним станом в нашій країні, можемо очікувати ще більше поширення цих симптомів.

Мета. Вивчення розповсюдження симптомів диспепсії серед необстежених студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Матеріали та методи. В дослідженні взяли участь 232 студенти всіх курсів навчання – 59,5% жінок (n=138) та 40,5% чоловіків (n=94) віком 17-30 років, серед яких 168 вітчизняних (навчання офлайн) та 64 іноземних студентів (навчання онлайн). Для оцінки наявності та частоти симптомів диспепсії використовувався опитувальник Frequency Scale for Symptoms of GERD (FSSG).

Результати. Розповсюдженість симптомів диспепсії серед студентів склала 73,3% (170 осіб з 232). Диспепсія зустрічалась достовірно частіше ($p < 0,0001$) у жінок – 70,5% (n=120), ніж у чоловіків – 29,5% (n=50). У студентів 1-3 курсів симптоми диспепсії спостерігалися у 75% (n=54), 4-6 курсів – 79,2% (n=76) та у іноземців 4-6 курсів – 62,5% (n=40). При порівнянні частоти виникнення симптомів диспепсії у вітчизняних (n=96) та іноземних (n=64) студентів 4-6 курсів виявлено, що симптоми зустрічалися достовірно частіше ($p = 0,02$) у вітчизняних, ніж у іноземних студентів, відповідно 79% та 62,5%, з переважанням жіночої статі. Симптоми диспепсії виявлялися з частотою «Іноді» у 63%, «Часто» - 29,5%, «Постійно» - 7,5% серед опитаних студентів і не мали відмінностей за структурою частоти симптомів у чоловіків, жінок та іноземців ($p > 0,05$).

Висновки. Поширеність симптомів диспепсії серед студентів ВНМУ склала 73,3%, що значно перевищує загальновідомі показники для популяції за попередні роки (Україна – 20%, Швеція - 25%, Данія — 26%, Великобританія — у 40%). Симптоми диспепсії у жінок достовірно більше. Істотних відмінностей по поширеності симптомів між опитаними студентами 1-3 курсів та 4-6 курсів немає. Симптоми диспепсії достовірно частіше реєструвалися серед вітчизняних респондентів, ніж у іноземних.

С.В. Шкондін

ОЦІНКА ЯКОСТІ ДОДАТКІВ ДЛЯ ANDROID-ПРИСТРОЇВ ДОСТУПНИХ В УКРАЇНІ ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.В. Демчук(д. мед. н., проф.), В.Л. Побережець(PhD)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мобільні додатки відіграють важливу роль у дистанційному моніторингу, комунікації та освіті пацієнтів із бронхіальною астмою (БА) та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). На жаль, ринок додатків для Android-пристроїв в Україні для хворих законодавчо не врегульований, що допускає появу на ринку неякісних і навіть небезпечних додатків.

Мета: оцінити якість україномовних додатків для Android-пристроїв, які доступні для завантаження в Україні для хворих на БА та ХОЗЛ.

Матеріали та методи: У грудні 2022 року нами було здійснено аналіз 4 мобільних додатків для хворих на БА та ХОЗЛ: “Smart Asthma: Forecast Asthma”, “Легеневі вправи”, “Нагадування про ліки”, “Helsi”. На основі рекомендацій Організації з оцінки мобільних додатків для здоров’я та догляду (ORCHA) було розроблено шаблон для оцінки, який містив 52 закритих запитання із варіантами відповіді «так», «ні», «немає інформації», що були об’єднані в критерії: “Дані і приватність” (10 запитань), “Достовірність клінічних даних та їх безпека” (15 запитань), “Зручність використання та доступність” (10 запитань), “Технічна безпека та стабільність” (17 запитань). За позитивну відповідь додатку нараховувався 1 бал.

Результати: За критерієм «Дані і приватність» найкраще себе проявив додаток “Smart Asthma: Forecast Asthma” (9 балів), “Нагадування про ліки” отримав 8 балів, “Helsi” – 7 балів і “Легеневі вправи” - 1 бал.

«Достовірність клінічних даних та їх безпека» виявились найкращими у додатках “Smart Asthma: Forecast Asthma” (11 балів) та “Helsi” (8 балів), тоді як “Нагадування про ліки” набрали 6 балів, а “Легеневі вправи” - 1 бал.

Найзручнішими у використанні та доступними були додатки “Нагадування про ліки” (8 балів) та “Smart Asthma: Forecast Asthma” (6 балів), т.я. “Helsi” отримали 4 бали, “Легеневі вправи” - 3 бали.

Показники «Технічна безпека та стабільність» були кращими у додатку “Нагадування про ліки” (15 балів), “Smart Asthma: Forecast Asthma” (14 балів), т.я. у “Helsi” було 9 балів, а у “Легеневі вправи” - 6 балів.

За сумою критеріїв найбільш якісними виявились додатки “Smart Asthma: Forecast Asthma” (40 балів (76,9%)) та “Нагадування про ліки” - 37 балів (71,15%). Додаток “Helsi” набрав 28 балів (53,8%). Найнижча сума була у додатку “Легеневі вправи” - 11 балів (21,15%).

Висновок: Якість додатків “Smart Asthma: Forecast Asthma” та “Нагадування про ліки” відповідають вимогам ORCHA, тому можуть бути рекомендованими для використання пацієнтами з БА та ХОЗЛ. Додатки “Helsi” та “Легеневі вправи” мають низьку якість тому не рекомендуються для ефективного та безпечного використання пацієнтами.

С.В. Шкондін

МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ АБДОМІНАЛЬНИХ ГОСИПБОМ. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ В РАДІОЛОГІЇ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Т.П. Коваленко (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Госипібома або текстилома - одне з хірургічних ускладнень, яке може виникнути внаслідок різних хірургічних втручань. За статистичними даними найчастіше вражається черевна порожнина (46%), потім грудна (23%), при чому жодна порожнина тіла людини не залишилася неураженою. Госипібома є ускладненням для 1/1000 та 1/1500 абдомінальних операцій. «Збережені хірургічні предмети» (RSI), тобто складові госипібом, включають хірургічні губки (52 % випадків), а також зламані інструменти (43 % випадків), іригаційні набори, гумові матеріали та інше. Госипібома має не тільки медичну вагу, пов'язану з патогенетичними наслідками розвитку, а й юридичну, тому діагностика даного ускладнення має виняткове значення як для хворого, так і для лікаря.

Мета: Виокремити основні методи діагностики госипібом в радіології, а також дослідити особливості їх візуалізації в залежності від використання окремого методу дослідження.

Матеріали та методи: Аналіз зарубіжної наукової літератури з використанням описового, порівняльного та статистичного методів.

Результати: Госипібоми вкликають два основні типи запальних реакцій: асептичну фіброзну (спайки, інкапсуляції та гранульоми) та ексудативну (вторинне бактеріальне зараження як фактор розвитку нориць). Основними методами візуалізації госипібом у черевній порожнині є УЗД, рентгенографія, КТ та МРТ. Ультразвукові ознаки зазвичай являють собою чітко окреслену кістозну масу, що містить хвилеподібне внутрішнє відлуння. Також спостерігається погано виражена ехогенна передня смужка з інтенсивним заднім акустичним затіненням через наявність марлевого матеріалу, повітряних осередків і кальцинованих ділянок. Рентгенографія дозволяє виявити дрібну непрозорість і наявне невеликої щільності повітря, що накладені на ділянку ураження. КТ демонструє губчастий візерунок з характерною радіощільною лінійною структурою. Периферичний високощільний кальцинований шар - характерна ознака госипібоми. Виявлено, що він є виключним для ідентифікації інкапсульованого шматка марлі в хронічних випадках. На МРТ госипібома виглядає як чітко окреслене утворення зі зниженою інтенсивністю на T1WI та T2WI. Залежно від вмісту рідини на T2-зважених зображеннях інтенсивність сигналу змінюється від низької до високої. Постконтрастне зображення показує периферичне посилення.

Висновки: Через відсутність симптомів діагностика госипібом має важливе значення в лікуванні хворого. Багато варіантів “збережених хірургічних інструментів” ускладнюють процес дослідження патології. До того ж, текстиломи мають рентгенознаки, характерні для пухлин, тому диференціація даної патології є одним з ключових завдань рентгенолога.

О.П. Шубіна

ФАКТОРИ, ПОВ'ЯЗАНІ З РИЗИКОМ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ В КРЕМЕНЧУЦЬКОМУ РАЙОНІ

Кафедра ендокринології з дитячими інфекційними хворобами

З.О. Шаєнко (к.мед.н., доцент)

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) є однією з найскладніших проблем охорони здоров'я в 21 столітті, яка створює значний економічний тягар (Diabetes Atlas 10-го видання). У 2016 р. в Україні на цукровий діабет хворіло понад 1,2 млн осіб. Майже 3% первинної інвалідності дорослого населення в Україні є наслідком захворювання на цукровий діабет (МОЗ України). ЦД 2 типу - один із лідерів серед хвороб, які діагностуються завдяки виявленню супутніх факторів ризику. Успіх лікування там, де спостережливий спеціаліст зумів своєчасно попередити появу ЦД. Тож новітні підходи до імплементації факторів ризику при діагностиці ЦД стають все актуальнішими.

Мета роботи: інформувати населення та лікарів первинної медичної ланки про фактори ризику, профілактику та раннє виявлення ЦД 2 типу.

Матеріали та методи: Модифіковане нами дослідження проводили за допомогою платформи Google Forms, для визначення ймовірності ризику розвитку ЦД у найближчі 10 років використали шкалу FINDRISK, що розроблено Фінською діабетологічною асоціацією (яку використовує МОЗ України), де кожний пацієнт міг самостійно пройти тест та підрахувавши бали та дізнатися результат. Опитування проводилося в Полтавській області, Кременчуцького району, в амбулаторії с. Білецьківка, з 3 – 13 січня 2023 року. Було опитано 35 пацієнтів, віком від 35-75 років, які на цей період звернулися до амбулаторії.

Результати: Жінок - 60%; чоловіків - 40%. Більшість опитаних (51,5%) мали надлишкову масу тіла. 31,4% мали ожиріння I ступеня, 5,7% – II ступеня. Лише 11,4% опитаних мали здорову вагу, що відповідає індексу маси тіла 18,5–24,9 кг/м². Одним із модифікованих факторів є об'єм талії, отримали результати - у чоловіків 7,1% мали менше 94 см; 57,2% -94-102 см; 35,7% більше 102 см; та жінок - 4,7% менше 80 см; 23,8% -80-88 см; 71,5% більше 80 см. Враховуючи те, що опитувані проживають у сільській місцевості, то більшість із них 71,5% займається фізичною активністю понад 30 хвилин і 28,5% не займаються. Вживання фруктів, овочів та ягід - модифікований фактор, та тільки 60% опитаних мають в раціоні кожного дня. Згідно з підрахованим статистичним даним серед опитаних - помірний ризик та високий ризик мають найбільший відсоток пацієнтів, що разом дорівнює 54%!

Висновки: 1. Завдяки засобам масової інформації надавати перевірену, регламентовану з МОЗ інформацію про предіабет та ЦД 2 типу.

2. Не нехтувати модифікованими факторами та вчасно їх коректувати.

3. Лікарям первинної медичної ланки та вузьким фахівцям звертати увагу на пацієнтів які знаходяться в групі ризику, виявляти їх, проводити просвітницьку роботу.

4. Не ухилятися від планових медичних оглядів, котрі в змозі запобігти розвитку ЦД 2 типу на стадії предіабету й уникнути розвитку діабету 2 типу.

***НАПРЯМ КЛІНІЧНА
ПСИХОЛОГІЯ,
НЕВРОЛОГІЯ,
ПСИХІАТРІЯ***



***CLINICAL PSYCHOLOGY,
NEUROLOGY AND
PSYCHIATRY***

N.S. Minina

PSYCHOSOMATIC DISORDER AND THEIR CONNECTION WITH EMOTIONAL INTELLIGENCE

Department of Neurology N.O. Nekrasova (prof., Doctor of medical sciences)
Kharkiv National Medical University, Kharkiv Ukraine

Introduction: Psychosomatic disorders are pathological conditions that appear as a result of influence of psychological, social and behavioral aspects on physical ones and lead to the appearance of somatic diseases. Emotional intelligence is a person's ability to work with emotions and show empathy. The following reasons of psychosomatic diseases are next:

- genetics: several studies suggest that certain genetic abnormalities in a person can directly cause this condition.
- irregular biological conditions: changes in glucose metabolism, serum amino acid levels, etc.
- the impact of stress: people who pass through the stressful events such as trauma, abuse, frequent illness, fear, depression, anger, guilt, insecurity, and other challenging situations
- family circumstances: the absence of parents, the behavior of parents towards the child and difficulties in relationships are also the main causes of psychosomatic disorders.

Actuality: Everyone has their own difficulties, but not everyone can resist them, that affects on their health in general (mental, social and physical). Nowadays, more than ever, it is necessary to acquire stress resistance and the ability to counteract one's own emotions, which will only improve our condition as a result.

Goal: To research the level of emotional intelligence of medical students and to reveal the presence of already existing psychosomatic disorder and preconditions.

Materials and methods: 100 students of the Medical University (KHNMU) were involved to complete a survey in Google form. Obtained statistical data were analyzed.

Results: Psychosomatic disorders were found in 24% of the medical students who passed this survey. The survey showed that the intestinal tract diseases turn up on the first position - 46,8% (irritated intestine syndrome - 7,2%, gastric ulcer - 18%, chronic gastritis - 14,4%, functional dyspepsia - 7,2%). The diseases of respiratory system took the second position - 28,8% (vasomotor rhinitis - 7,2%, bronchial asthma - 10,8%, chronic bronchitis - 10,8%). The autoimmune diseases are on the third place - 10,8% (rheumatoid arthritis - 3,6%, thyroiditis - 7,2%). Also there are another disorder: dermatological diseases (eczema - 3,6%, neurodermatitis - 3,6%) and diseases of cardiovascular system (hypertension - 7,2%). Among students, who have psychosomatic disorder, the level of emotional intelligence development in 12.5% was estimated at the high level, in 12.5% - at a low level, and in 75% - at the middle level. 79.2% often observe emotional burnout.

Conclusions: On the base of conducted research we can suppose, that the medical students have insufficient development of emotional intelligence, the inability to resist one's inner feelings and to rationally allocate one's time and resources. According to our research, the students with a low and middle level of emotional intelligence development, frequent emotional burnout, have all preconditions for the occurrence of psychosomatic disorder in the future.

Tikam Singh Solanki

PSYCHOMETRIC EVALUATION OF SLEEP DISORDERS IN VNMU STUDENTS: IMPACT ON COGNITIVE FUNCTION AND QUALITY OF LIFE

Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy
Ya. Yu. Marunkevych (Phd, Associate Professor)
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Vinnytsya, Ukraine

Relevance: 30 - 45% of the world's population suffers from sleep disorders. A lot of VNMU students every year go to the Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy with complaints of sleep disorders. Different sleep disorders have: 1. Negative impact on the quality of life. 2. Negative impact on cognitive functions. 3. Decrease in social activity and working capacity. 4. A risk factor for various somatic diseases (myocardial infarction, hypercholesterolemia, diabetes mellitus, etc.). According to the ICD-10 there are the following sleep disorders: Nonorganic insomnia, Nonorganic hypersomnia, Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule, Sleepwalking (somnambulism), Sleep terrors (night terrors), Nightmares, Drug Induced Sleep Disorders.

Purpose: The purpose of this research is to investigate sleep disorders in VNMU students and their impact on cognitive function and quality of life.

Materials and methods: We examined 84 students of VNMU, among whom 60,7 % were men and 39,3 % were women, respectively, with an average age of 20±2 years. The following methods were used: the Insomnia Symptom Questionnaire (ISQ), Perceived Deficits Questionnaire (PDQ-5), Chaban Quality of Life Scale (CQLS), Statistical method.

Results: According to the results of the Insomnia Symptom Questionnaire (ISQ): 35,30 % students with sleep disorders, 64,70 % students without sleep disorders. According to the results of the Perceived Deficits Questionnaire (PDQ-5) among students with sleep disorders: in 16,66 % - no cognitive deficit, in 33,34 % - low cognitive deficit, in 50 % - medium cognitive deficit; among students without sleep disorders: in 72 % - no cognitive deficit, in 20 % - low cognitive deficit, in 8 % - medium cognitive deficit. According to the results of the Chaban Quality of Life Scale (CQLS) among students with sleep disorders: in 16,67 % - low quality of life, in 83,33 % - very low quality of life; among students without sleep disorders: in 20 % - very high quality of life, in 44 % - high quality of life, in 36 % - medium quality of life.

Conclusions: 1. 35.30% of VNMU students have sleep disorders and 64.70% of VNMU students do not have sleep disorders. 2. Students with sleep disorders have more pronounced cognitive deficit (disturbances in attention, working memory, planning problems) than students without sleep disorders. 3. Students with sleep disorders have a lower quality of life than students without sleep disorders. 4. We have developed recommendations for the prevention and non-drug correction of insomnia.

А.Е. Беляєва

ПРОВІДНІ МЕТОДИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПРИ ПАНІЧНІЙ АТАЦІ

Кафедра медичної психології та психіатрії

І.С. Потоцька (к.психол.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасних реаліях зростає кількість людей, які застрягають у ліфті. Це зумовлено плановими та аварійними відключеннями електроенергії, які часто не відповідають графікам. Страх та тривога перед поїздкою у ліфті найчастіше виникає в наслідок негативного досвіду або невизначеністю коли саме увімкнуть світло і ліфт знову рушить. В замкненому просторі найчастіше виникає панічна атака - це тривожний розлад, який проявляється нападом тривоги що наростає і страху в поєднанні з тілесними симптомами. Ліфтова кабіна є досить безпечним місцем в аварійних ситуаціях, проте не всі люди можуть зберігати спокій та діяти помірковано, перебуваючи в повній темряві та замкненому просторі.

Мета: Визначити провідні методи, які допоможуть подолати тривогу та панічну атаку в замкненому просторі.

Матеріали та методи: Такі видатні психологи як О. Байер, К. Гольцберг, І. Малкіна- Пих, В. Назаревич, П. Сміт та інші розробили ряд методів саморегуляції емоційного стану спрямованих на подолання панічної атаки.

Результати: В Американській класифікації психічних розладів в ХХ столітті з'явився термін «Панічний розлад». Від тривожних розладів, серед яких є і панічні атаки страждають від 4 до 25% населення Землі. Основними симптомами панічної атаки є відчуття жаху, небезпеки та тривоги, головний біль з можливим запамороченням, слабкість в тілі, страх смерті. Фахівці рекомендують медикаментозну терапію для подолання відповідного розладу, але не в критичних випадках. В екстрених ситуаціях саморегуляція можлива за допомогою таких методів: релаксація; антистресове дихання; заспокійливе дихання; аутогенне тренування та візуалізація ресурсного стану.

Висновки: При виникненні панічної атаки, під час того, як людина застряла у ліфті найбільш дієвими техніками є : дихальні вправи - «Квадратне дихання», «Розслаблююче дихання» вдих на рахунок 1-2-3-4, затримка дихання на 4 секунди та повільний видих на рахунок 1-2-3-4, повторювати 3-5 хв; тілесні вправи - «Відчуття власного тіла» важливо поставити ноги на підлогу та спробувати відчути своє тіло в контакт з середовищем, починаючи з пальців ніг до голови, «Крила метелика» техніка обіймів, варто схрестити руки га грудях та почати легкі почергові постукування по плечах, «Сканування тіла» необхідно зосередитись на кожній клітині тіла та відчути, як функціонують усі органи.

Надзвичайно корисно мати тривожний рюкзак з їжею, водою, ліхтариком та аптечкою. Актуальним є ініціативаколи сусіди облаштовують ліфтову кабінку усім необхідним, також можна помістити у ліфт розкладний стілець, аптечку та портативний зарядний пристрій

К.О. Бердишева

НЕВРОЛОГІЧНА СИМПТОМАТИКА В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ, ЩО СПРИЧИНЕНА ВИБУХОВОЮ ХВИЛЕЮ

Кафедра нервових хвороб

С.Л. Малик (канд.мед. наук,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ушкодження ЦНС в учасників бойових дій займають II місце після осколкових і кульових поранень кінцівок і тулуба. Одним із найпоширеніших уражень нервової системи є ЧМТ. Провідною травмою, що зумовлена вибуховою хвилею від снаряда, що близько вибухнув, є ЗЧМТ.

Мета: Проаналізувати прояви неврологічних симптомів у хворих з ЧМТ, що була спричинена вибуховою хвилею.

Матеріали та методи: Аналіз та систематика статей у журналах й інтернет-ресурсах.

Результати: Вибухова хвиля спричиняє зміну внутрішньочерепного тиску, що призводить до утворення бульбашок на кордоні ліквору й мозку, викликає пенетрацію і кавітацію тканин мозку, руйнування аксональних шляхів. Зміна колоїдної рівноваги в нейронах призводить до набряку синапсів і блокади сенсорних і моторних нервових імпульсів. Приєднуються порушення структури аксонів нейронів у результаті лінійного прискорення, що викликає дислокацію великих півкуль відносно стовбура мозку. Відбувається деформація та розрив аксонів, вихід аксоплазми із нейрона, формується астроцитарна та мікрогліацитарна реакції, мієлінізація провідних шляхів білої речовини півкуль, стовбура та мозолистого тіла. При поширеному пошкодженні аксонів \діапазон розладів широкий — від нетривалої втрати свідомості до затяжної коми. Надходження крові до голови при дії вибухової хвилі викликає підвищення тиску в судинах, пошкоджуючи гематоенцефалічний бар'єр. Вибухова хвиля, що направлена через очні ямки й пазухи носа, викликає дефект орбіто фронтальної кори.

Спостерігаються зміщення спинномозкової рідини, забій медіобазальних відділів мозку об кісткові утвори внутрішньої основи черепа, дифузні ушкодження неспецифічних і вегетативних структур, що розміщені в дні й стінках III, IV шлуночків, порушення функції мовно-слухового апарату. Спостерігається зміщення отолітової мембрани, ушкодження ділянок кортієвого органа. При об'єктивному неврологічному обстеженні спостерігається стовбутова симптоматика: зниження рогівкових рефлексів, порушення акту конвергенції, ністагм, атаксія та хиткість при ходьбі, нестійкість при виконанні статичних проб. Відсутні чи ослаблені періостальні й сухожилкові рефлекси. Виражені розлади чутливості за типом гемігіпестезії. На стороні сенсорного дефекту відсутній рогівковий рефлекс, виникає гіпосмія, гіпогевзія, знижується слух, больова чутливість язика, що вказує на ушкодження відповідних рецепторів чи перших нейронів та ядер, у яких вони закінчуються. Якщо вибухова хвиля була направлена в обличчя, виникає синдром тотальної анестезії.

Висновки: Аналіз та оцінка неврологічної симптоматики учасників бойових дій із ЗЧМТ, що викликана вибуховою хвилею, є інформативними для з'ясування етіології травми вибору подальшої ефективної тактики лікування та реабілітації.

Я.О. Бондар, Т.А. Політанська
МЕНІНГОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ

Кафедра нервових хвороб

С.Л. Малик (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Менінгококова інфекція фіксується по всьому світу. МІ може виникати у людей різного віку, але найвищий рівень захворюваності серед дітей до 5 років. Кожного року у світі реєструють 300-500 тис. хворих, серед них 30-50 тис. летальні. В Україні на період 2020 року було зафіксовано 299 випадків. Смертність в Україні з випадками МІ складає 11-17%. ВООЗ віднесла її до групи небезпечних інфекцій та контролює захворюваність.

Мета: проаналізувати особливості перебігу менінгококової інфекції у дітей.

Матеріали та методи: дослідження та аналіз медичної літератури, наукових публікацій з онлайн-джерел.

Результати: Менінгококова інфекція – це антропонозне інфекційне захворювання, яке має різні клінічні форми. Збудник – *Neisseria meningitidis*. Джерелом інфекції є хворі люди та бактеріоносії. Механізм передачі – повітряно-крапельний шлях. Характерна сезонність – зимово-весняний період. Інкубаційний період від 2 до 10 діб. Розрізняють локалізовані форми (менінгококоносійство і гострий назофарингіт), генералізовані форми (менінгококцемія, менінгіт, менінгоенцефаліт), змішані та рідкісні (ендокардит, поліартрит, іридоцикліт). Генералізовані форми переважно у дітей до 5 років. Характерною ознакою менінгококцемії є «зірчасті» синьо-фіолетові висипи в типових місцях – на ногах та сідницях, які розповсюджуються по всьому тулубу. Особливостями перебігу МІ у дітей до 1-го року є головний біль – «мозковий крик», випинання великого тім'ячка, менінгеальні симптоми слабо виражені, перевіряють симптом Лесажа. Також загрозливим станом є синдром Вотергауза-Фредеріксена – синдром, який може розвиватись як ускладнення МІ та проявляється крововиливом у наднирники. Після перенесених генералізованих форм залишається стійкий гуморальний типоспецифічний імунітет. У немовлят існує пасивний трансплацентарний імунітет, триває 2-6 міс. Найкращий захист від МІ – вакцинація. На даний момент щеплення від менінгококу відноситься до рекомендованих. У світі використовують моновакцини, 2-валентні (А+С), 3-валентні (А+С+W) та 4-валентні (А+С+Y+W). На ринку

України зареєстровані вакцини "Менактра" та "Німенрікс"— вакцини проти штамів А+С+У+W. Але проблема в тому, що штам В є найпоширенішим займає— 50-80% і проти нього існує вакцина Вехсеро, яка ще не зареєстрована в Україні, але її активно застосовують за кордоном. "Менактра" застосовується для щеплення дітей віком від 9 міс. до 2 р., 2 дози 0,5 мл з інтервалом не менше 3 міс. "Німенрікс" вводиться дітям з 6 тиж. життя, дворазово, з інтервалом 2 міс..

Висновки: Для дітей менінгококова інфекція є в списку одних з найнебезпечніших. З захворюванням МІ госпіталізують кожну 5-ту дитину – 1-го року життя, кожну 3-тю – віком 1-3 років. Найбільший ризик захворюваності є в дітей до 5 років, особливо до 1-го року. На 1-го хворого припадає 2000 бактеріоносіїв, що є небезпечним в плані епідеміології. Ускладненням МІ є інфекційно-токсичний шок. Після захворювання залишається стійкий типоспецифічний імунітет. Одним з методів захисту є вакцинація.

Н.М. Бондарчук
ОНОВЛЕНІ СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ МІАСТЕНІЇ У ДОРΟΣЛИХ

Кафедра нервових хвороб
С.Л. Малик (доцент, к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Міастенія — це аутоімунне захворювання, яке характеризується виробленням антитіл до компонентів нервово-м'язового синапсу і подальшим розвитком патологічної втомлюваності і слабкості скелетних м'язів. Поширеність міастенії у США складає 20 випадків на 100 тис. населення на рік, у той час як в Україні цей показник у середньому дорівнює 5 випадків на 100 тис. на рік.

Мета роботи: Дослідити сучасні рекомендації щодо лікування міастенії у дорослих.

Матеріали та методи: вітчизняні клінічні настанови, статистичні дані вітчизняних фахових видань, тематичні публікації з PubMedCentral, Medscape.

Результати: Метою лікування є досягнення ремісії, категоріями якої є повна відсутність симптомів та функціональних обмежень. Лікування з антихолінестеразних засобів, а саме з піридостигміну. Початкова доза складає 30 мг 4 рази на добу протягом 2-4 днів, потім дозу збільшують до 60 мг 4 рази на добу, найбільша доза складає 90 мг на добу. Якщо протягом декількох тижнів симптоми зберігаються — додають кортикостероїди. Преднізолон призначають за альтернуючою схемою у дозі 5 мг 3 рази на добу, через день, з подальшим збільшенням на 5 мг через 3 прийоми до 50 мг, для генералізованої форми максимальна доза становить 100 мг. В даному випадку критерієм клінічної ремісії буде відсутність симптомів, після відміни піридостигміну, після цього розпочинається поступове щомісячне зниження дози преднізолону до мінімальних ефективних доз (на 5 мг протягом місяця до 20 мг/добу, потім на 2,5 мг до 10 мг/добу, і по 1 мг протягом місяця за альтернуючою схемою для хворих з очною формою, для генералізованої форми по 10 мг/місяць до 40 мг/добу, 5 мг/місяць до 20 мг/добу та по 2,5 мг/місяць до 10 мг, надалі зменшувати за такою ж тактикою як і при очній міастенії). Відсутність результатів, висока доза преднізолону (>15-20 мг/добу), розвиток побічних реакцій від прийому кортикостероїдів є показаннями до призначення імунодепресивної терапії. Починають з азатиоприну 50 мг/добу поступово збільшуючи дозу до 2-3 мг/кг/добу. Якщо препарат не дає результату або пацієнт не може його переносити, тоді переходять до препаратів другої лінії (мікофенолатмофетил, циклоспорин, ритуксимаб, метотрексат). Дози: мікофенолатмофетил до 3000 мг/добу в 2 прийоми, циклоспорин до 5 мг/кг/добу в 2 прийоми, ритуксимаб 375 мг/м² 1 раз на тиждень протягом 3 тижнів, метотрексат використовується в останню чергу як препарат резерву в дозі 0,02-0,08 мг 2 рази на тиждень протягом 2-4 тижнів.

Як доповнення до імунодепресивної терапії можна використовувати плазмаферез 250 мл/кг протягом 5-6 процедур. За наявності тими рекомендається тимектомія.

Висновки: Міастенія — невиліковне захворювання, проте широкий спектр препаратів допомагає досягнути ремісії. Лікування проводиться за схемою з поступовим збільшенням доз та включенням додаткових препаратів.

В.В. Брайлян, П.П. Бублик
СУЧАСНА ФАРМАКОЕТИОЛОГІЧНА ТЕРАПІЯ МІГРЕНІ

Кафедра нервових хвороб
С.Л. Малик (доцент, к. мед. н)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мігрень — це одна з найбільш поширених причин первинного головного болю фармакоетіологічне лікування, якої до сих пір не розроблено повністю.

Мета: з'ясувати всі аспекти і принципи дії сучасної фармакоетіологічної терапії мігрени задля покращення методів лікування.

Матеріали та методи: було проведено аналіз літератури наукових баз даних Scopus, Webofscience, PubMed та Google щодо механізмів сучасної фармакоетіологічної терапії мігрени.

Результати: Золотим стандартом лікування мігрени досі залишаються триптани, але їх недосконалість змушує вчених винаходити все нові і нові ліки. З 2019 року стали доступними 2 нові класи ліків альтернативні триптанам: гепанти — антагоністи рецепторів низькомолекулярних пептидів, пов'язаних з геном кальцитоніну (CGRP) і дитани — агоністи 5-HT_{1F}. Гепанти не викликають звуження судин, а дитани взагалі не впливають на кровоносні судини. Гепанти та дитани діють через різні механізми, надаючи пацієнтам альтернативи, якщо триптани виявилися неефективними. Після 2020 року набули популярність моноклональні антитіла до CGRP (mAbs) б. До них належать еренумаб-аооо, галканезумаб-gnlm, фреманезумаб-vfrm і ептинезумаб-джйпр. Також були оцінені низькомолекулярні антагоністи рецепторів CGRP для профілактики мігрени. Римегепант і атогепант застосовуються для профілактичного лікування епізодичної мігрени у дорослих. Ці препарати пропонують альтернативний пероральний шлях введення блокаторів CGRP на відміну від самоін'єкцій, яких деякі пацієнти не сприймають. Крім того, короткий період напіврозпаду може бути корисним для тих, хто планує вагітність, оскільки вимагає меншого періоду виведення. Унікально, що римегепант схвалений як для гострого, так і для профілактичного лікування мігрени.

Нейромодуляційні пристрої пропонують неінвазивний варіант, який допоможе уникнути багатьох недоліків прийому ліків, зокрема непереносимості, наявності побічних ефектів і протипоказань до ліків. Найбільш популярними з методів нейромодуляції є: черезшкірна стимуляція надочного нерву (при викоростанні пристрою один раз в день протягом 3 місяців скорочується кількість днів мігрени на 30%, також доведена ефективність цього методу для лікування гострого мігренозного болю), моноімпульсна транскраніальна магнітна стимуляція (принцип дії побудований на здатності струму змінювати збудливість кори головного мозку, цей метод ефективний для профілактики і лікування епізодичної і хронічної мігрени), дистанційна електрична нейромодуляція та неінвазивна стимуляція блукаючого нерву.

Висновки: У зв'язку з неефективністю попередніх стандартів терапії мігрени, наука знаходить все більш сучасні і кращі методи лікування цієї хвороби. Було винайдено нові класи ліків альтернативні триптанам, моноклональні антитіла до CGRP, низькомолекулярні антагоністи

рецепторів CGRP. Також використовують альтернативні немедикаментозні методи, до яких можна віднести відносно новий метод нейромодуляції, що може бути корисним доповненням до основного режиму лікування пацієнтів з мігренню.

К.С. Бурдейна

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕМПЕРАМЕНТУ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

О. І. Масік (асистент, к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. COVID-19 є актуальною проблемою сьогодення. Головною особливістю пандемії є не тільки важкі соматичні порушення, а і симптоми психічних розладів. Вивчення індивідуальних особливостей психічних процесів у пацієнтів, які перенесли COVID-19, дозволить краще прогнозувати перебіг та попередити ускладнення перенесеного захворювання.

Мета дослідження. Вивчити особливості перебігу COVID-19 у хворих із різними типами темпераменту.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 43 хворих на COVID-19 (20 чоловіків та 23 жінки) віком $46,2 \pm 10,25$ років, які перебували на лікуванні у БОКЛ ім. М. І. Пирогова. Досліджувалися 2 репрезентативні групи: 21 стаціонарний та 22 амбулаторних хворих. Стан гемостазу хворих проаналізовано за рівнем Д-димеру сироватки крові. Темперамент хворих визначали за даними опитувальника Г. Айзенка. Статистичну обробку результатів проводили методом варіаційної статистики у програмі MS Excel.

Результати. Встановлено, що пацієнти, які перенесли COVID-19, по-різному реагували на хворобу: так 20 флегматиків (46,5%), в яких домінувало емоційна байдужість та терплячість, 11 меланхоліків (25,6%), які були нерішучі та підозрілі, 7 холериків (16,3%) з емоційною лабільністю та невірноваженістю та 5 сангвініків (11,6%).

Аналіз гендерних особливостей хворих показав, що у чоловіків перебіг захворювання був важчим і вони частіше потребували госпіталізації.

Потреба у госпіталізації зростала з віком хворих: хворі після 45 років потребували стаціонарного лікування.

Серед хворих з тяжким перебігом COVID-19, які знаходилися на стаціонарному лікуванні та мали значні зміни гемостазу (у вигляді підвищення Д-димеру), домінували люди з інтравертним типом характеру - флегматичним темпераментом (71,4%) та коморбідністю по цукровому діабету, гіпертонічній хворобі; меланхолічним темпераментом (23,5%) з гіпотонією, анемією та гастритом.

Серед хворих, які лікувалися амбулаторно, домінуючого типу темпераменту виявлено не було.

Висновки. Реакція на стресову ситуацію при COVID-19 є різноманітною і на це впливає саме темперамент людини. Можна розглядати ряд індивідуальних характеристик особистості, як детермінанти подальшого розвитку COVID-19 та прогноз ускладнень. Не виключено, що і психотип хворих міг призводити до тяжкого перебігу COVID-19 за рахунок неналежного відношення до себе та захворювання.

На нашу думку, у хворих із домінуючим флегматичним психотипом під впливом цитокінового шторму та вторинної гіперкоагуляції можуть виникати зміни у центральній нервовій системі з подальшим тяжким перебігом COVID-19.

Отримані результати можуть допомогти попередити ускладнення COVID-19 та зменшити негативні психологічні наслідки у майбутньому.

М.А. Верба
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОГНІТИВНИХ І ЕМОЦІЙНО-АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У
ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА**

Кафедра нервових хвороб
О.О. Гордійчук (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: хвороба Паркінсона (ХП) проявляється широким спектром нервових порушень. Характерними немоторними проявами захворювання на всіх його стадіях є когнітивні та емоційно-афективні порушення. Найбільш частими емоційно-афективними порушеннями є депресія та тривога, які зустрічаються в середньому у 40-50% пацієнтів. Порушення когнітивних функцій різного ступеня тяжкості з прогресуванням захворювання є у більшості хворих на ХП. Беручи до уваги поєднання когнітивних та емоційно-афективних розладів у більшості пацієнтів постають питання про їх можливе патофізіологічне єднання та взаємовплив на різних стадіях ХП.

Мета: вивчення взаємозв'язків між когнітивними та емоційно-афективними порушеннями, впливу некогнітивних нервово-психічних порушень – депресії та тривоги на суб'єктивну оцінку когнітивних функцій у пацієнтів з ХП без деменції.

Матеріали та методи: у дослідження були включені 52 пацієнти з діагнозом ХП без деменції. Середній вік склав $64,84 \pm 0,6$ років, середні показники тяжкості захворювання: стадія – $2,6 \pm 0,3$ за Hoehn–Yahr, тривалість ХП – $6,2 \pm 4,1$ років. Тяжкість симптомів депресії оцінювалася за опитувальником депресії Бека, тривоги – за опитувальником Спілбергера. Для оцінки когнітивних функцій при ХП застосовувалася шкала оцінки когнітивних порушень при ХП.

Результати: недементні когнітивні порушення діагностовано у 30 (57,6%) хворих. Депресію виявлено у 43 (84%) пацієнтів: у 17 (33%) обстежених пацієнтів – легкого ступеня, у 20 (40%) – помірного ступеня та в 6 (11%) – тяжкого ступеня. Висока особистісна тривога (ОТ) відзначалася у 35 (67%) хворих. У пацієнтів із депресією (поряд з вищими показниками ОТ) відзначено великий ступінь порушення когнітивних функцій.

Висновки: встановлено значний зв'язок між депресією, особистісною тривогою та когнітивними порушеннями у хворих на ХП. Показано вплив підвищеної тривоги на прояви когнітивних функцій на початковій стадії ХП. Отримані результати можуть бути додатковим обґрунтуванням доцільності проведення терапії емоційно-афективних розладів на ранніх стадіях захворювання, у тому числі з метою корекції проявів когнітивних порушень

А. Р. Вікол, В. П. Маслій
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДРАВЕ

Кафедра нервових хвороб
В. П. Маслій (доц., к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: в 1978 французький психіатр і епілептолог Шарлотта Драве вперше описала "важку міоклонічну епілепсію дитинства", що у 1989 році перейменували в її честь. Синдром Драведіагностується у 1 на 41 000 дітей.

Мета: аналіз специфіки діагностики та лікування синдрому Драве (СД).

Матеріали та методи: огляд та аналіз наукової літератури, статей, доповідей, даних експериментальних досліджень з ресурсів Medline, PubMed, Українська Протиепілептична ліга.

Результати: синдром Драве - це генетичне аутосомно-домінантне захворювання, що призводить до тяжкого порушення функціонування центральної нервової системи і проявляється епілептичними нападами. В клінічній картині виділяють 3 етапи розвитку: фебрильний (до 12-24 місяців), агресивний або катастрофічний (2-8 років), статичний (старше 8 років). Захворювання маніфестує фебрильними нападами приблизно в 6 місяців. Пізніше до нападів приєднуються тремор, проблеми з моторикою, дизартрія, атаксія. Зазвичай хвороба протікає у важкій формі. Напади тривалістю, приблизно, 30 хв, слідуєть один за одним декілька разів на день. Між нападами хворий знаходиться в безсвідомому стані. Проблема діагностики синдрому полягає в тому, що симптоми захворювання схожі на симптоми інших видів епілепсії. Для виявлення та підтвердження діагнозу необхідно провести електроенцефалографію (ЕЕГ), МРТ або КТ, аналіз мутації гена SCN1A. Характерна особливість ЕЕГ при СД в періоді між нападами – регіональна, мультирегіональна і дифузна епілептиформна активність з наростанням уві сні. В деяких випадках можлива відсутність цих характерних особливостей, що призводить до пізньої діагностики. На жаль, більшість дітей, що страждають цим синдромом, резистентні до лікування. Основна мета терапії – знизити кількість нападів. Найбільш ефективними препаратами є вальпроєва кислота, клобазам і ряд інших протиепілептичних препаратів. Додаткові заходи – кетогенна дієта та препарати на основі медичного канабісу. В 12-14 років напади рідшають і на перший план виступають психічні розлади і астено-вегетативні порушення. Оскільки СД є генетичним захворюванням вилікувати його неможливо. Смертність складає 18%. Діти з даною патологією схильні до смерті під час сну або епілептичного нападу.

Висновки: нинішні протоколи та схеми лікування не дають 100% виліковування. Випадки тривалої ремісії одиничні. Для підтримки дітей і їх батьків створені спеціальні національні фонди і школи для боротьби з епілепсією, де можна ознайомитись з новою інформацією про своє захворювання, спілкуватись з людьми з такими ж захворюваннями, навчитись першої допомоги при нападі.

Л. М. Гнатюк, В. П. Маслій
ГОЛОВНИЙ БІЛЬ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Кафедра нервових хвороб

В. П. Маслій (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Під час воєнного стану проблема головного болю є актуальною, так як турбує велику кількість людей, як військовослужбовців так і цивільних. Головний біль може з'явитися на постійній основі і погіршувати якість життя людини а також вказувати на більш серйозні проблеми.

Мета: дослідження впливу війни на самопочуття населення. Визначити вплив стесових, фізичних та інших чинників на самопочуття людей.

Матеріали та методи: аналіз та порівняння різноманітних даних про вплив воєнного стану на здоров'я людей.

Результати: Під час воєнного стану значно збільшилась кількість людей зі скаргами на головний біль. Він може бути пов'язаний з різними факторами, такими як стрес, недостатній сон, нехватка їжі або води, травма голови, вплив голосних звуків або вибухів, спричинений іншими фізичними травмами.

У більшості частини населення він пов'язаний із постійним стресом, а також через напругу м'язів шиї, так як люди постійно читають новини зі смартфона.

Беручи до уваги сон в бомбосховищах ще чинником може бути незручне положення під час сну, а також його недостатня кількість, гіпоксія - нестача свіжого повітря.

Головний біль від знеболюючих препаратів зазвичай виснажливий і постійний, виникає коли людина регулярно приймає знеболюючі понад 2 разів на тиждень і більше 3 місяців поспіль.

В залежності від причини може бути двосторонній та мати ниючий, тиснучий характер, який не посилюється під час фізичного навантаження. Також буває односторонній стріляючий біль.

Часто головні болі короткочасні та не порушують спосіб життя, але деякі з них можуть бути виснажливими та впливати на буденний ритм людини.

Висновок: Отже, у зв'язку з воєнним станом збільшилась кількість людей з головним болем, викликаним різними чинниками. Якщо людина не може з ним справитись самостійно і він погіршує її буденне життя, обов'язково необхідно звернутися до лікаря.

Також головний біль може свідчити про інші захворювання, тому не варто зневажати цим і серйозно ставитись до стану здоров'я.

В. О. Гончаренко

ВАРІАЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ЗІНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ У ЗДОРОВИХ ІНДИВІДУМІВ ЯК ІНДИКАТОР ПОГРАНИЧНИХ ЗМІН У РОБОТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра нервових хвороб

С. Л. Малик (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вегетативна нервова система (ВНС) відповідає за роботу внутрішніх органів, підтримку гомеостазу організму, пов'язана з роботою ендокринної та імунної систем, бере участь у реакції на стресові подразники та адаптації організму. Тож виявлення та можливість діагностики пограничних змін у діяльності ВНС є важливим для комплексної оцінки рівня здоров'я індивіда. Дослідження зіниці дає змогу оцінити офтальмологічні та неврологічні функції та виявити їх розлади, зокрема зіничний рефлекс на світло дає змогу оцінити рівновагу між симпатичною та парасимпатичною нервовими системами. ПНС система відповідає за звуження зіниці, а СНС – за її розширення.

Мета: визначення показників зіничного рефлексу у здорових студентів ВНМУ віком 20-22 р. для аналізу варіації показників та можливих змін у роботі ВНС даної вікової категорії шляхом пупілометрії.

Матеріали і методи: у ході дослідження було обстежено зіничний рефлекс 42 учасників віком 20-22 р. шляхом пупілометрії за допомогою додатку ReflexPLRAnalyzer та було проведено аналіз даних в MicrosoftExcel.

Результати: Шляхом аналізу отриманих даних було встановлено середні показники зіничного рефлексу, а саме: Avg.constrictionSpeed для правого ока=1,082мм/с, для лівого=1,111мм/с, для

обох=1,097мм/с;ConstrictionTime для правого ока=2,176 с, для лівого=1,895с, для обох=2,021с;Max.constrictionSpeed для правого ока=3,668мм/с, для лівого ока=3,261мм/с, для обох очей=3,470мм/с;ReleaseAmplitude для правого ока=0,285мм, для лівого=0,356мм, для обох=0,320мм;Amplitude для правого ока=2,992 мм, для лівого=2,801 мм, для обох=2,899мм;Avg.Diameter для правого ока=4,864мм, для лівого=4,628мм, для обох=4,748мм;Latencyдля правого ока=0,260с, для лівого=0,248с, для обох=0,254с;Max.Diameter для правого ока=7,175мм, для лівого =6,755мм, для обох=6,965мм;Min.Diameter для правого ока=4,232мм, для лівого=4,018мм, для обох=4,130мм. У досліджуваних було виявлено відхилення від норми показників максимальної швидкості звуження (норма=3,83-9,27мм), середнього діаметру зіниці (норма=3,169–3,816мм), максимального діаметру зіниці (норма=3,662-5,186) та мінімального діаметру зіниці(норма=2,861-3,317).

Висновки: отже, отримані результати можуть свідчити про ймовірну наявність пограничних змін ВНС з пригніченням ПНС та активацією СНС у студентів медичного університету віком 20-22р. Оцінка реакції зіниці на світло за допомогою пупілометрії є швидким та доступним тестом для оцінки неврологічних функцій. Впровадження даного методу діагностики в рутинне неврологічне обстеження дозволить розширити можливості огляду, дозволить більш комплексно оцінювати загальний стан та відстежувати динаміку змін параметрів пацієнта

А.П.Гулько

СУІЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА В ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

Н.В. Рациборинська – Полякова(д.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця ,Україна

Актуальність:Все більше досліджень встановлюють зв'язок між посттравматичним стресовим розладом і всіма формами суїцидальної поведінки, включно з суїцидальними думками. Європейське дослідження психічних розладів (ESMED) та Міжнародне дослідження психічного здоров'я (WON) підтверджують зв'язок між ПТСР і суїцидальними ідеями встановивши їх відповідно до віку, статі та типу травми.

Мета: Оцінити чинники суїцидальної поведінки та отримати докази наявності факторів стійкості до суїцидальної поведінки при ПТСР.

Матеріали і методи: У дослідженні взяли участь 108 осіб віком від 20 до 50 років(середній вік складав 35±5), які знаходились на стаціонарному лікуванні у психіатричному відділенні лікарні КНП "Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. акад. О. І. Ющенка ВОР". В дослідженні використовували тести HADS для виявлення тривоги та депресії, ММРІ, шкалу Гамільтона, PHQ-9, Колумбійську шкалу оцінювання тяжкості суїциду -C-SSRS.

Результати:Надзвичайно складним та важливим завданням для лікаря при наданні медичної допомоги є оцінка ризику суїциду, бо результати оцінювання можуть істотно впливати на стан пацієнтів. В першу чергу це стосується якості лікування: за умови вірно виявленого ризику пацієнт може отримати відповідні догляд, підтримку та комплексне лікування, у разі ж помилки є ймовірність заподіяти пацієнту шкода в результаті недоцільних призначень або відсутності необхідного лікування. Було виявлено, що суїцидальні думки частіше виявляються в досліджуваних з діагностованим ПТСР ніж іншими розладами. Серед досліджених у 32,9%

із ПТСР було виявлено наявність суїцидальних думок протягом життя, а 10,7% респондентів повідомили навіть про спроби суїциду протягом життя. У данному дослідженні не було виявлено якогось конкретного методу дослідження, який зміг би валідно встановити рівень ризику суїциду. Також в ході досліджень актуалізувалось питання чи може сам скринінг змусити пацієнтів думати про самогубство і підвищити ризик. Крім того, залишився невизначеним валідний метод для виявлення пацієнтів з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Збагнувши ризик похибки не варто покладатися лише виключно на якісь окремі дослідження, варто проводити комплексну оцінку з урахуванням всіх можливих чинників.,

Висновки: У цьому дослідженні ми встановили, що посттравматичний стресовий розлад пов'язаний із підвищенням частоти суїцидальних проявів, при цьому особи з діагнозом посттравматичний стресовий розлад вдвічі частіше вмирають від самогубства, ніж ті, хто не має ПТСР. Ці ефекти були незалежними від інших попередніх психічних розладів, включаючи особисту історію великих депресивних або тривожних розладів, важких психічних захворювань і спроб суїциду, а також діагнозу батьків тяжкого психічного захворювання.

М.Р. Гунько

ПРОЯВИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ В РЕАЛІЯХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

Кафедра медичної психології та психіатрії

Н. М. Ордатій (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Життєстійкість є оцінкою особистісного потенціалу, можливостей розвитку та реалізації в дійсних умовах сучасності. Дана характеристика починає формуватися у дитячому віці та залежить від ряду факторів, серед яких особливе місце займають суспільні та соціальні явища. З початком повномасштабного вторгнення в Україні більшість населення зіткнулась з випробуванням власної життєстійкості, як коригуючої системи, що запобігає наднормативності стресового впливу і регулює власну діяльність, забезпечуючи її результативність. Особливо важливою є життєстійкість студентів, адже дана риса ще продовжує формуватися і забезпечує особистісний контроль в екстремальних умовах, формування життєвого досвіду, здатність ризикувати та творчо діяти, що особливо значимо в теперішніх умовах напруженого соціально-політичного впливу із безпосередньою небезпекою. Необхідно знайти можливі шляхи її підвищення задля ефективного розвитку та подолання стресових ситуацій та сприйняття оточуючого.

Мета: Визначити рівень життєстійкості студентів-медиків ВНМУ ім. М. І. Пирогова у період з лютого 2022р. по лютий 2023р.

Матеріали та методи: Тест життєстійкості Мадді (Hardiness Survey), адаптований Д.О. Леонтьєвим, О. І. Рассказової 2006р., авторська анкета у вигляді гугл-форми.

Результати: В опитуванні взяли участь 51 студент-психолог 2 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова. В результаті отриманих даних при опитуванні за тестом життєстійкості (Hardiness Survey), було виявлено, що для більшості опитаних студентів-психологів ВУЗу 67 % (23 чол.) притаманний середній рівень життєстійкості, низький та високий рівні приблизно однаково виражені, становлять, відповідно, 12,1% та 18,2% у вибірці. За шкалами: «Залученість» переважаючими є середні показники- 63, 6%, «Контроль»- середні показники-67%, серед них високі та низькі показники практично однакові, за шкалою «Ризик»- теж переважають середні показники- 51, 5%, тоді як високі становлять 42,4%. Відчуття безпеки притаманне 32,5 %,

тоді як відносно безпечно себе почувають -42, 5% і не мають відчуття безпеки- 25% опитаних. До спеціаліста (психолога/психіатра) з метою корекції емоційного стану звертались з моменту початку повномасштабних воєнних дій 12,5%, що корелює з низькими показниками життєстійкості, приймають препарати з метою зняття напруги та покращення емоційного стану-20%.

Висновки: Результати дослідження життєстійкості студентів показали, що вони здатні до саморегуляції та корегування негативного впливу стресових ситуацій, вибудовування правильних стратегій та відносин. Отримані дані демонструють, що студенти- психологи прагнуть діяти в ситуації військового часу, шляхом впливу на неї, а не підкорюваністю, навіть якщо успіх не є гарантованим. Це означає, що рівень життєстійкості визначає їх активність, залученість у процес діяльності та оцінюють власне навчання в умовах війни як активну протидію, прагнення вплинути та змінити ситуацію і від цього отримують відчуття діяльності, продуктивності та результативності та отримання досвіду.

В.О. Давидюк.

"ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНОЇ, АФЕКТИВНОЇ ТА СИСТЕМ ПЕРЦЕПТИВНОЇ МОДАЛЬНОСТІ ВНАСЛІДОК ГОСТРОЇ СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ, НА ТЛІ ПРИЙОМУ "CHOLINI ALFOSCERAS"

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

І.Л. Лук'янович (асис.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У осіб похилого віку все частіше зустрічається гострі та хронічні порушення мозкового кровообігу, невід'ємною складовою яких є зниження когнітивних функцій, порушення настрою, пам'яті, уваги. На відміну від деменції іншого генезу, розвитку судинної можна запобігти чи призупинити раціональним використанням фармакологічних препаратів.

Мета: Дослідження відмінностей, за ознаками лобної дисфункції, оцінки важкості когнітивних та емоційних порушень, стійкості уваги, суб'єктивної оцінки погіршення стану у пацієнтів, що отримували «Cholini Alfosceras», при порушенні мозкового кровообігу.

Матеріали та методи: 30 пацієнтів відділення порушень мозкового кровообігу (15 отримували препарат «Cholini Alfosceras»-400 мг/добу); шкала MMSE, батарея лобної дисфункції, тест малювання годинника, шкала загального погіршення, методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), таблиці Шульте.

Результати: Оцінювання хворих відбувалось на 14-ту добу, після ГПМК. За шкалою MMSE (досліджувана група $23,91 \pm 5,24$ та $21,6 \pm 7,9$ контроль) у 26% досліджуваних ознаки деменції відсутні. Деменція легкого ступеня вираженості була відмічена у 15% оглянутих, помірного – у 19%, та важкого – у 3%. У всіх обстежених хворих виявлено лобну дисфункцію. При малювання годинника, 26% пацієнтів чітко слідували інструкції та виконали завдання, у 74% були неточності, що підтверджувало виявлені при попередніх дослідженнях, порушення. Усі хворі скаржились на погіршення запам'ятовування, необхідність занотовування та зниження концентрації уваги, що за шкалою загального погіршення відповідає 2-3 балам. Рівень депресії ($18,6 \pm 10,9$), за шкалою Бека, був вищий у групи, що приймала «Cholini Alfosceras»: у 8% виявлявся високий рівень, у 13% – середній. У контрольної групи ($13,4 \pm 6,3$) середній рівень депресії був 13%. За допомогою шкали-«термометра», покращення загальної активності, самопочуття та працездатності, вище у хворих, що отримували «Cholini Alfosceras». За результатами опитувальника САН, у обстежуваних, самопочуття ($4,38 \pm 0,97$) та активність

($4,8 \pm 1,11$) були дещо знижені у хворих, що приймали препарат та $3,8 \pm 1,75$ і $4,43 \pm 1,8$ у контрольної групи. Середнє значення оцінки настрою у межах норми ($6,32 \pm 1,18$ та $5,33 \pm 2,16$).

Висновок: Результати обстежень вказують на прямий зв'язок судинних порушень та розвиток дементних порушень. Використання «Cholini Alfosceras» збільшувало здатність концентрувати увагу та проводити розрахунок, якісніше відтворити малюнки, покращувало самопочуття, активність, настрій. Діагностувалась перевага кінестетичного типу сприйняття в обох групах досліджуваних. Дослідження дають можливість розуміти течію порушень та будувати тактику медикаментозного втручання та корекційних засобів для більш швидкого та якісного відновлення.

К.О. Дем'янова, В.І. Лапуцький

ВПЛИВ ПОРУШЕННЯ СНУ НА ФІЗІОЛОГІЮ ЗІНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ

Кафедра нервових хвороб

М.І. Андрієвська (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сон – це стан розуму й тіла, котрий природно повторюється та відзначається зміненою свідомістю, порівняно загальмованою чуттєвою діяльністю, зниженою м'язовою активністю та гальмуванням майже всіх довільних м'язів під час сну зі швидким рухом очей, та зменшеною взаємодією з оточенням. Ураховуючи постійний стрес серед українців, спричинені повномасштабною війною, та тривогу, яка є однією з причин порушення сну дана тема стає ще більш актуальною.

Мета: Дослідити та оцінити взаємозв'язок між порушенням сну на фізіологію зіничного рефлексу.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 52 студенти ВНМУ ім. М.І. Пирогова (15 чоловіків, 37 жінок) віком від 18 до 22 років (в середньому $20,4 \pm 1,11$ років; $M \pm StD$). Проведено анкетування за опитувальником шкали якості сну (SQS). Дослідження зіничного рефлексу у мобільному додатку «Reflex». Статистичний аналіз виконували у статистичному пакеті SPSS20 (©SPSS Inc.). Додатково використовували наукові бази Scopus, WebofScience, PubMed, MedLines.

Результати: Результати досліджень показали, що найнижчу оцінку свого якості сну надають студенти 2001 р.н. ($30,24 \pm 3,54$ бала), що відповідає «середньому рівню» сну, тоді як найвищу оцінку надають студенти 1999 р.н. ($17,02 \pm 1,85$), що відповідає «доброму» рівню якості сну. Середній показник якості сну серед вікової категорії студентів 1999 – 2004 р.н. становить $27,75 \pm 1,85$ балів. При чому середній показник серед жінок становить $30,05 \pm 2,2$ бала, а чоловіків – $22,07 \pm 3,06$. Показник якості сну знаходиться у межах від мінімального значення, яке становить $5,0 \pm 1,85$ бала, до максимального $53,0 \pm 1,85$ бала. З'ясовано коефіцієнт зворотної кореляції між шкалою оцінки якості сну (SQS) і даними оцінки зіничного рефлексу, виконані у програмі «Reflex». Унаслідок цього отримали наступні результати кореляції: анізокорія по правому оку становить $0,25 \pm 0,1$, лівому – $0,25 \pm 0,11$; правий мідріаз – $0,58 \pm 0,01$ с, лівий мідріаз – $0,46 \pm 0,01$ с; максимальна швидкість звуження правої зіниці – $0,83 \pm 0,03$ мм/с, лівої – $0,22 \pm 0,15$ мм/с; середня швидкість звуження правої зіниці – $0,98 \pm 0,02$ мм/с, лівої – $0,23 \pm 0,13$ мм/с. Критерій Шапіро-Уїлка, який вказує на значимість досліджуваної вибірки до загальної – становить 0,107.

Висновки: Встановлено, що серед досліджуваних студентів середній бал оцінки якості сну відповідає «середньому рівню». Жінки оцінюють рівень свого сну нижче, ніж чоловіки, але «середній рівень» якості притаманний обом статтям. Враховуючи малу вибірку студентів отримані дані не мають доказової бази, на що вказують результати зворотної кореляції, а також

ненормальний розподіл даних за критерією Шапіро-Уїлка, тому рекомендовано збільшити число досліджуваних.

Р.В. Дяченко, Є.А. Очеретна
**ПЕРСПЕКТИВИ ІНТРАНАЗАЛЬНОЇ НЕЙРОСТИМУЛЯЦІЇ У ЛІКУВАННІ
ЕПІЛЕПСІЇ**

Кафедра нервових хвороб
В.П.Маслій(доцент, к. мед. н.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
Вінниця, Україна

Актуальність: більшість людей з епілепсією успішно контролює свої симптоми за допомогою лікарських засобів, але для деяких пацієнтів ліки не є достатньо ефективними або мають побічні ефекти, що погіршують якість життя. Інтраназальна нейростимуляція - це неінвазивний метод лікування епілепсії, який використовує електричну стимуляцію для підвищення порогу судинно-резистентної активності, що може призвести до зниження кількості приступів. Крім того, цей метод також може бути ефективним у лікуванні депресії та тривожності.

Мета: визначити ефективність інтраназальної нейростимуляції у лікуванні епілепсії

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури та статей з неврології у електронному форматі з використанням порівняльного, описового та теоретичного методів.

Результати: інтраназальна нейростимуляція відрізняється від інших методів нейростимуляції тим, що електрод розташовується в носовій порожнині, де він стикається з нервовими волокнами, що проходять через носову порожнину та сполучаються з різними частинами головного мозку. Це дозволяє збільшити ефективність стимуляції, а також зменшити ризик побічних ефектів. Вона проводиться за допомогою спеціального пристрою, який можна використовувати вдома. Зазвичай, пацієнтам рекомендується проводити сеанси стимуляції 2 рази на день по 15-20 хвилин. Тривалість лікування і кількість сеансів може варіюватися в залежності від типу захворювання, стану пацієнта та рекомендацій лікаря.

В дослідженні, опубліковане у журналі "Epilepsy & Behavior" у 2018 році, описує результати використання інтраназальної нейростимуляції для лікування епілепсії в дітей та дорослих пацієнтів. У дослідженні брали участь 91 пацієнт з епілепсією, які не могли досягти достатнього контролю захворювання після вживання лікарських засобів. Результати дослідження показали, що використання інтраназальної нейростимуляції привело до значної зниження частоти епілептичних нападів у більшості пацієнтів. У середньому, частота нападів знизилася на 44%, а більшість пацієнтів зазнала помітного зниження важкості епілептичних нападів. Крім того, більшість пацієнтів повідомила про поліпшення якості життя.

Висновок: інтраназальна нейростимуляція - це досить новий та обіцяючий метод лікування епілепсії, який може бути альтернативою для пацієнтів, які не мають достатнього ефекту від прийому ліків чи мають побічні ефекти. До того ж, має переваги порівняно з іншими методами лікування, такими як хірургічне втручання або глибока мозкова стимуляція через свою безпечність для пацієнтів, низьку частоту побічних ефектів та може бути проведений в амбулаторних умовах. Дослідження щодо ефективності інтраназальної нейростимуляції все ще проводяться, тому, на даний момент, він може бути розглянутий як допоміжний метод лікування, що може бути використаний в комплексі з іншими методами лікування епілепсії.

В.В.Килимчук
**ЗАСТОСУВАННЯ АТОГЕПАНТУ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ
МІГРЕНІ**

Кафедра нервових хвороб
Т.В.Смотрицька (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: за результатами Global Burden of Disease 2019 мігрень займає друге місце серед причин інвалідності у світі та перше серед молодих жінок, тому важливим є концентрація уваги на своєчасному лікуванні даного захворювання, серед якого провідне місце належить саме профілактичному. Воно спрямоване на зниження частоти, тривалості або ж важкості нападів мігрені, що допомагає досягнути покращення якості життя пацієнта та його функціональної активності. Останні наукові дослідження спрямовані на пошук оптимального лікарського засобу (ЛЗ), що застосовується з профілактичною метою, який зможе проявляти максимальний терапевтичний ефект.

Мета: проаналізувати дані наукових досліджень щодо застосування Атогепанту з метою профілактичного лікування мігрені.

Матеріали та методи: огляд та аналіз наукових джерел на веб-ресурсах ResearchGate, The New England Journal of Medicine, Neurology Clinical Practice journal (American Academy of Neurology), база даних U.S. Food and Drug Administration (USFDA).

Результати: із грудня 2018 по червень 2020 у США проводилося рандомізоване плацебо-контрольоване дослідження ADVANCE, де 910 учасникам віком від 18 до 80 років, серед яких 89% респондентів-жінок й 11%-чоловіки, із нападами мігрені від 4 до 14 днів було запропоновано один раз на добу приймати Атогепант протягом дванадцяти тижнів (доза 10, 30, 60 мг відповідно). Критерії включення: ≥ 1 -річний діагноз мігрені з або без аури (відповідає International Classification of Headache Disorders, third edition (ICHD-3)) та вперше поставлений діагноз мігрені до 50 років. Скринінг проводився за допомогою опитувальників Migraine-Specific Quality-of-Life Questionnaire Version 2.1 (MSQ v2.1), Activity Impairment in Migraine-Diary (AIM-D), а також Headache Impact Test-6 (HIT-6) під час першої (на 4-й тиждень) та другої перевірок (на 12-й відповідно). Встановлено, що у хворих, які приймали Атогепант в дозах 10, 30 і 60 мг, середня кількість днів, коли пацієнти відмічали напади мігрені, зменшувалась в середньому на 3,7; 3,7 і 4,2 днів на місяць, тоді як в групі, яка отримувала плацебо цей показник становив 2,5 дні. Водночас зареєстровано вірогідне дозозалежне зменшення кількості днів, коли пацієнти потребували додаткової фармакокорекції нападів мігрені іншими ЛЗ (триптани, препарати ерготаміну, НПЗЗ та ін.) та зменшення частоти головного болю, що не переходив в напади мігрені. Атогепант добре переносився хворими, серед найчастіших побічних ефектів були закреп і нудота. У вересні 2021 року USFDA схвалило застосування препарату в якості профілактичного лікування (ПЛ) епізодичної мігрені в дорослих, однак наразі цей ЛЗ в Україні не зареєстрований.

Висновки: застосування селективного низькомолекулярного блокатора рецептора CGRP Атогепанту є перспективним методом у ПЛ мігрені. Подальші клінічні дослідження препарату в Україні дозволять отримати на фармацевтичному ринку України високоефективний засіб для лікування та профілактики мігрені.

В.В. Кобець, Д.Д. Куліков
ЗВ'ЯЗОК ПОШИРЕНOSTІ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ ЗІ ЗМІНАМИ ЗІНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ

Кафедра нервових хвороб
С.Л. Малик(к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тривожність та депресивні зміни - досить поширені явища сьогодення, котрі неодмінно з'являються в житті кожного з різною частотою і величиною прояву. Важливо такі зміни виявляти з використанням різних методів, правильно їх диференціювати та впливати на них, задля уникнення поширення та погіршення даних проявів.

Мета: Дослідити поширеність депресивних проявів та схильність до тривожності, оцінити зміни зіничного рефлексу у цих осіб, виявити взаємозв'язок між вказаними явищами та його закономірності.

Матеріали і методи: Аналіз даних, отриманих шляхом використання опитувальників депресії Бека та ситуаційної тривожності Спілберга-Ханіна, а також результатів дослідження зіничного рефлексу за допомогою програми Reflex, їх співставлення та виявлення взаємозв'язків з використанням програми SPSS.

Результати: В дослідженні прийняли участь 46 студентів ВНМУ ім.М.І. Пирогова, віком від 18 до 23 років, серед них 13 чоловічої статі і 33 - жіночої. Відповідно до даних опитувальника ситуаційної тривожності Спілберга-Ханіна отримані наступні результати: низький рівень тривожності(відповідає показнику 1,0) спостерігається у 14 осіб, середній рівень(показник 2,0) - у 20 осіб, високий(показник 3,0) - у 12 осіб. Поширеність за віком показує що переважає низького рівня тривожності характерне для досліджуваних 2002 р.н.(середній показник - $33,04 \pm 3,12$); середнього рівня - 1999 р.н.(с.п. - $32,00$), 2000 р.н.(с.п. - $34,00 \pm 6,52$), 2001 р.н.(с.п. - $35,56 \pm 2,64$), 2003 р.н. (с.п. - $35,67 \pm 4,18$); високого рівня - 2004 р.н.(с.п. - 49). Розподіл за статтю: низький рівень тривожності визначається у 5 чоловіків, 9 жінок, середній - у 5 чоловіків, 15 жінок, високий - у 3 чоловіків, 9 жінок(середнє значення по чоловічій статі - $36,07 \pm 4,31$, жіночій - $33,76 \pm 1,94$). Коефіцієнт кореляції Спірмена змін зіничного рефлексу і рівня тривожності для правого ока - $0,241$, для лівого - $0,294$. Згідно з даними опитувальника депресії Бека отримані нами результати: мінімальний показник - 2, максимальний - 22, середнє значення - $7,58 \pm 0,75$. Критерій нормального розподілення Шапіро-Уїлка: оцінка ситуаційної тривожності - $0,136$; оцінка депресії - $0,107$.

Висновок: Проаналізувавши дані нашого дослідження можна зробити висновок, що серед досліджуваних осіб переважає середній рівень тривожності, низький рівень більш характерний для чоловіків, середній - для жінок, високий рівень притаманний обом статям однаковою мірою. Невеликі значення коефіцієнта кореляції Спірмена свідчать про низьку кореляцію між змінами зіничного рефлексу і рівня тривожності. Згідно даних опитувальника депресії Бека загальний емоційний стан досліджуваних осіб хороший, депресивні тенденції не спостерігаються. Показники критерія нормального розподілення Шапіро-Уїлка мають досить низькі значення, що свідчить про недостовірність розподілу даних.

Т.Ю. Коваленко
ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ, МОТИВУЮЧИХ ВІДМОВУ ВІД КУРІННЯ
Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи
К.О.Зеленська(к.мед.н., доцент)
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність. У даний час загально визнано, що викорінення куріння – один із найбільш ефективних заходів оздоровлення населення. За результатами численних досліджень, куріння є провідним фактором, що сприяє розвитку понад 40 хвороб та патологічних станів серцево-судинної, дихальної, травної та репродуктивної систем.

Запорукою успіху при відмові куріння є правильна мотивація. Складність роботи з курцями в тому, що ця мотивація найчастіше двоїста. Тому для того, щоб відмовитися від куріння, потрібно мати дуже стійку мотивацію, що постійно підтримується та якнайчастіше усвідомлюється

Мета. Виявити основні мотивуючі фактори, що сприяють відмові від куріння.

Матеріали та методи. Для дослідження використовували результати опитування 140 осіб віком від 16 до 25 років. В анкету були включені питання, що використовуються для визначення ступеня ніотинової залежності (тест Фагерстрема), мотивації курців до відмови від куріння, а також запитання про причину, яка б спонукала до відмови. На підставі отриманих даних було проведено якісний та кількісний аналіз.

Результати. Серед опитаних 80,7% - некурці і 19,3% курці. Співвідношення жінок і чоловіків, що палять, склало 2:1.

Серед курцівна питання «Чому ви курите?» 51,9% відповіли, що куріння допомагає позбутися стресу, 22,2% – куріння є ритуалом, 14,8% відзначили, що цигарка є засобом стимуляції психічної активності або «розвантаження» у перерві між роботою/навчанням, 7,4% курять «за компанію», 3,7% вважають, що куріння не дає набрати зайвої ваги.

З отриманих даних шляхом підрахунку балів було визначено рівень ніотинової залежності кожного анкетованого і ступінь мотивації до відмови від куріння. У більшості курців рівень ніотинової залежності дуже слабкий – 59,3%, у 33,3% – слабкий та у 7,4% – дуже високий, людей із середнім та високим рівнем за даними опитування не виявилось. У 40,7% анкетованих спостерігається відсутність мотивації, 18,5% – ступінь мотивації слабкий, 22,3% – середній та у 18,5% – високий.

На підставі анкетування були виявлені мотивуючі фактори та проведено аналіз їх важливості для опитуваних: на першому місці – «Загроза здоров'ю/серйозне захворювання»; на другому (серед жінок) – «Вагітність»; на третьому – «Вирішення проблем у навчанні/роботі»; на четвертому – «Мотивація у вигляді грошової винагороди»; на п'ятому – «З'явилося б хобі, яке замінить куріння»; на шостому – «Підвищення цін на тютюнові вироби» та на останньому місці – «Посилення обмежень щодо продажу тютюну».

Висновки. Серед анкетованих курців основна причина початку куріння – це стресові ситуації у сім'ї, роботі чи навчанні. Для зменшення впливу цього тригера необхідно розвивати профілактичну спрямованість медичної та психологічної допомоги серед населення. Оскільки одним із мотивуючих факторів відмови від куріння є загроза здоров'ю, необхідно пропагувати здоровий спосіб життя. Справжній успіх допомоги у відмові від куріння можливий лише у тому випадку, якщо ця допомога дозволяє людині змінити свої переконання.

Т.Ю. Коваленко
**ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ**

Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи

К.О.Зеленська (к.мед.н., доцент)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. У зв'язку з погіршенням епідемічної ситуації у всьому світі, у січні 2020 року ВООЗ оголосила початок пандемії COVID-19. Було введено режим самоізоляції, внаслідок якого відбулося наростання у суспільстві страху зараження новою коронавірусною інфекцією. Економічні проблеми також вплинули на психологічний добробут людей.

Мета. Оцінка виразності клінічних проявів тривоги та депресії у студентів старших курсів Харківського національного медичного університету (ХНМУ) у період пандемії нової коронавірусної інфекції.

Матеріали та методи. Досліджено анкети 50 студентів 4 курсу медичного факультету у віці $21,1 \pm 2,3$ років (31 дівчина (62%) та 19 хлопців (38%)). Для диференційованої оцінки виразності тривоги та депресії використовувалася валідизована госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), ситуативної та особистісної тривожності – шкала Спілбергера-Ханіна, негативного/позитивного ставлення суб'єкта до власного майбутнього – шкала безнадійності Бека (Bees). Анкетування проводилося методом онлайн-тестування. Статистична обробка результатів проводилася з допомогою програми Microsoft Excel.

Результати. У 30 респондентів (60%) відзначено високий рівень тривоги (з них у 17 осіб (34%) – клінічно виражена тривога, у 13 осіб (26%) – субклінічно виражена), 20 студентів (40%) не мали ознак тривоги. У студентів відзначено підвищений рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності. Ситуативна тривожність у 26 респондентів (52%) була високою, у 18 (36%) – помірною, і лише у 6 (12%) – низькою. У 29 осіб (58%) визначено високий рівень особистісної тривожності, у 17 (34%) – помірний, у 4 (8%) – низький. У 28 студентів (56%) виявлено ознаки депресії: з них у 17 (34%) – клінічно виражена, у 11 (22%) – субклінічно виражена, 22 студенти (44%) не мали ознак депресії. Негативне забарвлення очікувань щодо найближчого та віддаленого майбутнього (за шкалою безнадійності Бека) відзначено у 19 осіб (38%): з них у 12 (24%) – легка, у 5 (10%) – помірна, у 2 (4%) – важка. У 31 респондента (62%) – безнадійності не виявлено.

Висновки. Нова коронавірусна інфекція змінила звичний спосіб життя людини, її поведінку, емоційне та психічне здоров'я, що спричинило появу тривожності та занепокоєння, виникнення стресових станів та депресій. У студентів старших курсів ХНМУ виявлено такі психоемоційні розлади: підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності; у деяких студентів відзначається негативне забарвлення очікувань щодо найближчого та віддаленого майбутнього. Для нормалізації психоемоційного стану студентам рекомендуються різноманітні методи психотерапії (аутогенне тренування, релаксація м'язів, арт-терапія), а також психоосвіта.

К.С. Колосюк
**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ КОЛЕКТИВНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ТРАВМИ**

Кафедра медичної психології та психіатрії
А.О. Камінська(професор, доктор медичних наук)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Уже понад рік українці живуть в стані війни. Постійний вплив психогенних чинників, таких як регулярні повітряні тривоги, вороже ІІСО, частий скролінг новин, який може перейти в думскролінг, а також ретравматизація, пов'язана з річницею повномасштабного вторгнення, підтримують тривогу на високому рівні та є причинами травматичних переживань. Українці часто не звертаються за психологічною допомогою до психотерапевта або лікаря-психолога, натомість можуть ставити собі необґрунтовані та некомпетентні діагнози. Саме тому важливо чітко диференціювати, що є психологічною травмою, а що ні. Травма — це афективна реакція на події чи серію подій, які несуть загрозу для психічної/фізичної цілісності людини. Травма може виникати не тільки при безпосередній загрозі життю і здоров'ю людини, а й коли вона стає безпосереднім свідком небезпечних подій або їх наслідків (перебування в зоні бойових дій, стихійне лихо, смерть близької людини або ДТП). Колективна травма – це особливий вид психічної травми, яка отримана групою людей, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичного режиму. Об'єктами травматизації при колективній травмі є не лише окремі люди, а й цілі соціальні групи.

Мета: На підставі вивчення психоемоційного стану студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, визначити основні медико-психологічні наслідки впливу колективної травми на студентство.

Матеріали та методи: Було проведено онлайн-анкетування та психодіагностичне обстеження 57 студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова I- V курсів з використанням шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R), методики діагностики депресивних станів Цунга, методики визначення індивідуальних копінг – стратегій Е.Хайма, тесту Спілбергера – Ханіна.

Результати: В результаті дослідження встановлено, що травматичні події мають короткотерміновий і довготерміновий вплив на психоемоційний стан студентів. Коротко терміновими наслідками були підвищена ситуативна тривожність, почуття фрустрації, безсоння, пригнічений настрій. Довготермінові наслідки представлені зростанням особистісної тривожності, ознаками відстроченої травматизації, почуттям провини, симптомами повторного переживання травми та симптомами уникнення.

Висновок: Таким чином було виявлено, що травматичні події мають значний вплив на психоемоційний стан студентів, а 84,5% опитаних студентів виявляють ті чи інші ознаки травматизації, пов'язаної із військовими діями. В контексті отриманих даних, важливим завданням є проведення психоосвітніх заходів, створення груп взаємопідтримки для підвищення психологічної резиліентності студентів та навчання базових технік психологічної самопомоги, а також виокремлення груп студентів, які потребують поглибленого опрацювання травматичного досвіду.

В.В. Кравець
**ЕТИОЛОГІЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА ТА ТОКСИЧНІ МОДЕЛІ ВІДТВОРЕННЯ
ХВОРОБИ**

Кафедра нервових хвороб

Т.В. Смотрицька (к.мед.н., асис.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, хвороба Паркінсона (ХП) займає друге місце по розповсюдженості, після хвороби Альцгеймера. Уражаються приблизно 7 млн. людей у всьому світі. На думку вчених, у 2040 році кількість хворих зросте до 14,2 млн. осіб. В Україні зареєстровано понад 23 тис.людей із ХП та кожного року від лікарів про цей діагноз дізнаються ще близько 2500 українців.

Мета: Дослідити сучасні погляди на етіологію хвороби Паркінсона та токсичні моделі відтворення.

Матеріали та методи: Аналіз профільних статей у наукових базах PubMed, GoogleScholar, Elsevier та ін.

Результати: Хвороба Паркінсона – це прогресуюче хронічне неврологічне захворювання. Більшість причин розвитку пов'язанні з гормонпродукуючою системою. Першим фактором є прогресуюче руйнування та загибель нейронів, що виробляють дофамін, доказом є позитивна реакція на лікування препаратами попередниками дофаміну (напр., левадопа). Також, люди з ХП втрачають нервові закінчення, що виробляють норадреналін, який є головним хімічним месенджером симпатичної НС. Втрата норадреналіну пояснює деякі нерухомі ознаки хвороби Паркінсона: втома, нерегулярний АТ, уповільнення руху їжі через травний тракт. Третя теорія пов'язана з появою специфічних тілець Леві, вважається, що вони є патогномонічним проявом і можуть допомогти в ранній діагностиці захворювання. Найбільш сучасною теорією вважають поєднання генетичних факторів і факторів навколишнього середовища (вплив токсинів), так вчені дослідили, що люди які проживають в сільській місцевості хворіють частіше, ніж люди в місті. Доказом цього є токсичні моделі для відтворення ХП: 1-метил-4-феніл-1,2,3,6-тетрагідропіридинова (МФТП), паракватова, ротенонова, 6-гідроксидопамінова. МФТП – це високо ліпофільна речовина, що легко проникає через гематоенцефалічний бар'єр та перетворюється натоксичний метаболіт MPP+, який незворотно інгібує мітохондріальний дихальний ланцюг, внаслідок чого виникають тяжкі та незворотні симптоми хвороби Паркінсона (даний токсин знайшли у високих концентраціях у колодязній воді). Паракват – це токсин, який використовували в сільському господарстві як гербіцид, він викликає набряк мозку, субарахноїдальний крововилив, селективну дисфункцію в дофамінергічних нейронах і пошкоджує норадренергічні нейрони. 6-Гідроксидопамін спочатку використовувався як засіб для знищення бур'янів, але згодом виявили, що він знижує концентрацію норадреналіну, селективно руйнує симпатичні адренергічні нервові закінчення та викликає симптоматику паркінсонізму.

Висновки: Отже, Хвороба Паркінсона є актуальною проблемою. Складність діагностики полягає в тому, що на ранніх стадіях хворим помилково ставлять діагноз плечелопаткового періартриту, шийного або поперекового остеохондрозу, депресії. На пізніх стадіях діагноз ХП ставлять на підставі розгорнутої клінічної картини, тому труднощів не виникає. Для лікування використовують препарати, що збільшують синтез дофаміну в мозку, стимулюють його викид, пригнічують розпад і перешкоджають прогресуючій загибелі нейронів.

О.О. Кравченко
ХАМЕЛЕОНИ ІНСУЛЬТУ
Кафедра нервових хвороб
С.Л. Малик (к.м.н., доцент)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хамелеони інсульту (**StrokeChameleons, SC**) – гостре порушення мозкового кровообігу з нетиповими проявами, які набувають вигляду іншого хворобливого процесу. Ці стани становлять діагностичну проблему для лікаря, який оцінює пацієнтів у гострому стані, бо перед ним постає складна проблема виявлення незвичних проявів звичайного клінічного процесу. 20% неправильно діагностованих інсультів у відділенні невідкладної допомоги є **хамелеонами**. Досить поширеним є незнання про SC та про те, як вони можуть вплинути на лікування всіх пацієнтів з інсультом, адже помилкова діагностика призводить до значних затримок у виявленні та лікуванні пацієнтів із справжнім інсультом.

Мета: Проаналізувати ознаки хамелеонів інсульту, методи діагностики, значення ранньої діагностики.

Матеріали та методи: пошук і аналіз інформації з наукових публікацій, статей, статичних даних іноземних джерел.

Результати: Хамелеони інсультів можуть проявлятися у вигляді нездужання, втрати свідомості, гострого психозу, нестійкої ходи, зміною психічного стану, блювотою, що можна легко віднести до інших станів. Найчастіше пов'язують атипові симптоми інсульту з токсичною метаболічною енцефалопатією, гіпертонічною хворобою, сепсисом, гострим коронарним синдромом. SC можуть виникнути, коли темп появи симптомів не є апоплексичним або втрата функції не чітко відповідає зоні ішемії. Важлива відмінність в тому, що при **ішемічному інсульті** симптоми часто негативні (тобто втрата сили, відчуття, зору або мови). З SC пацієнти відчують позитивні (зорові галюцинації, рухи, біль, що поширюється) з негативними симптомами інсульту або без них. Для пацієнтів, які мають вищий ризик інсульту є необхідність для візуалізації мозку з подальшим відповідним обстеженням. Найефективнішим способом підтвердження є КТ, МРТ. Якщо є сумніви і **ішемічний інсульт** не можна швидко виключити, або є підозра на SC, рекомендується ввести альтеплазу (rt-PA), при відсутності протипоказань. Бо час – це мозок. Rt-PA значно зменшує довгострокову втрату працездатності, якщо ввести як найшвидше. Наслідки пропущеного або не лікованого, або неправильного діагностування SC є важливими з точки зору догляду за пацієнтом. Для вирішення питання про призначення rt-PA в цьому випадку необхідна лише клінічна підозра на **ішемічний інсульт** середнього або сильного ступеня. Після введення додаткові обстеження або підтвердять **ішемічний інсульт**, виключать **імітацію** або підтвердять, чи пацієнт був з SC.

Висновки: **StrokeChameleons** – це фактичні стани інсульту, які проявляються нетиповими, симптомами, що маскуються під неінсультні захворювання. Пацієнтам з вищим ризиком ГПМК, необхідна візуалізація мозку, швидке попередження про інсульт і введення rt-PA з подальшим обстеженням. Вчасне розпізнавання SC має значні клінічні наслідки з точки зору невідкладної терапії, вторинної профілактики та загального покращення якості лікування та догляду.

Ю. О. Крижановська
**РОЗГЛЯД КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ОРФАННОГО ЗАХВОРЮВАННЯ.
НЕЙРОНАЛЬНИЙ ЦЕРОЇДНИЙ ЛІПОФУСЦИНОЗ**

Кафедра нервових хвороб
С.Л. Малик (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щороку світова медична спільнота 28 лютого відзначає День рідкісних захворювань. Науковий інтерес до орфанних хвороб обумовлений тим, що вони зустрічаються рідше, ніж один випадок на 2000 населення. Станом на 2021 рік, пацієнтів із рідкісними захворюваннями в Україні налічується не менше 1,5–2 мільйона. Законом України було затверджено перелік 275 орфанних хвороб, до якого увійшов нейрональний цероїдний ліпофусциноз. У роботі описано перебіг даного захворювання у дівчинки 6 років, яка перебуває на лікуванні в неврологічному відділенні ВОПНЛ ім.акад.О.І.Ющенко.

Мета: розбір клінічного випадку нейронального цероїдного ліпофусцинозу 2 типу.

Матеріали та методи: результати неврологічного огляду пацієнтки; висновок НДСЛ “Охматдит”; дані МРТ дослідження.

Результати: Нейрональний цероїдний ліпофусциноз 2 типу є генетичним захворюванням, при якому в лізосомах нервових клітин надлишково накопичується пігмент ліпофусцин, а також цероїд в макрофагах. Дані дегенеративні порушення корелюють зі станом пацієнтки. У пацієнтки відмічалися генералізовані судоми, регрес навиків стато-кінетичного та психічного розвитку. Неврологічний огляд показав: тремор язика, слинотеча, зниження загальної рухової активності; на фоні дифузної м'язової гіпотонії підвищений тонус м'язів у кінцівках за екстрапірамідним типом, більше праворуч; м'язова сила в кінцівках знижена; пожвавлені сухожилкові, періостальні рефлексії рук, колінні, ахілові, черевні; патологічні стопні рефлексії позитивні з обох стоп, активніше праворуч, наявні клонуси стоп; виражені рефлексії орального автоматизму, хватальний; наявний атактичний синдром. Ходить з суттєвою підтримкою за передпліччя, виражена статична та динамічна мозочкова атаксія. Спостерігається загальний тремор тулуба та кінцівок; голову утримує, сидить зі спущеними з ліжка ногами з легкою підтримкою. Зоровий контакт хороший, прості інструкції виконує за бажанням, гра малозмістовна, навички охайності не сформовані. Мова скандована до 15-17 простих слів, у речення не об'єднує. Хвора була направлена у НДСЛ “Охматдит”, де було виставлено діагноз: “Нейрональний цероїдний ліпофусциноз 2 типу”. МРТ-діагностика виявила ознаки демієлінізуючого процесу з атрофічними змінами великого мозку, мозочка, виражене збіднення артеріального і венозного судинного малюнку неясного генезу.

О.С.Крикливоць
ТУБЕРОЗНИЙ СКЛЕРОЗ У ДІТЕЙ. СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Кафедра нервових хвороб
С. Л. Малик (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Туберозний склероз, туберозно склерозний комплекс або хвороба Бурневілья-Прінгла - це аутосомно-домінантне захворювання зумовлене у 85% мутацією генів TSC1 та у решті випадків - у TSC2. Патогенез: TSC1 та TSC2 кодують відповідно білки - гамартин та

туберин, що являються натуральними імуносупресорами і інгібують mTORкіназу, яка відповідальна за проліферацію та міграцію нейронів, а також збільшення клітин. Мутація даних генів спричиняє гіперплазію та певні зміни в ектодермі та мезодермі в ембріональному періоді, що згодом призводить до виникнення доброякісних пухлин у різних органах: у мозку, серці, нирках, легенях і т.д. Дана патологія виникає з частотою від 1:6000 чи 10000 у живих новонароджених. Спеціальна терапія проти ТС ще не розроблена. Прогноз даної патології не сприятливий, і у великій мірі залежить від ступеня пошкодження ЦНС у ранньому дитячому віці: 30% дітей не доживає до 5 років, а інша частина - досягнувши повноліття.

Мета: Аналіз даних світових та вітчизняних наукових досліджень щодо новітніх методів впливу на дану патологію. Пошук спеціальної терапії для лікування ТС.

Матеріали та методи: Використання сучасних вітчизняних та світових джерел, зокрема ScienceDirect(Scopus), GoogleScholar.

Результати: Туберозний склероз мав класичну тріаду, що включала: епілепсію, розумову відсталість та ангіофіброми обличчя, але після Міжнародної консенсусної конференції з ТС критерії були доповнені, зокрема з боку ЦНС :субепідермальними вузлами, кортикальними буграми, інфантильними спазмами, гігантоклітинної субependімальною астроцитомою. Проблема лікування даних пацієнтів полягає в існуванні рефрактерних судом, що не піддаються лікуванню ПЕП. Але за останніми дослідженнями препарат еверолімус, який як вважалось раніше впливав на проліферацію (ангіоміоліптоми нирок та гігантоклітинних астроцитом) пухлин шляхом дії на mTORкіназу, ефективний також при ТС-асоційованих судом. Було проведено рандомізоване дослідження у США EXIST 3, в якому пацієнтів поділили на 3 групи(віком до 6 і від 6 до 18): плацебо, з високою та низькою експозицією препарату і виявлено, що через 18 тижнів прийому препарату частота судом у пацієнтів, що приймали препарат значно нижча(31,7%), порівнюючи з групою плацебо(14%), а через 2 роки була ще нижчою(60%). Також в світі розробляється нова імунотерапія ТС - “блокада імунної контрольної точки”, що полягає у застосуванні на мишах сенсibilізованих, моноклональними антитілами, Т-лімфоцитів. Антитіла блокують специфічні рецептори PD1 і CTLA-4, що відповідальні за імуносупресію при пухлинах. У 67% випадків комбіноване блокування даних рецепторів зменшує ріст пухлин.

Висновок: Проаналізувавши дані різних досліджень можна стверджувати, що застосування моноклональних антитіл після проведення рандомізованого дослідження на людях і отримання позитивного результату у комбінацією з еверолімусом могли б дати позитивний ефект, але необхідно також з’ясувати чи можливий швидкий контроль судом за допомогою препарату, що могло б мати сприятливі для подальшого життя дітей.

Т.С.Лелях, Д.О.Мальований

КОМПЛЕКСНА ГЕНЕТИЧНА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ В НЕРВОВІЙ СИСТЕМІ МЕТОДОМ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗШИРЕННЯ ТАНДЕМНИХ ПОВТОРІВ

Кафедра нервових хвороб

С.Л.Малик (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день існує більше 40 нервово-м’язових та неврологічних захворювань, які викликані розширеннями коротких тандемних повторів (STR). Генетичні тести зазвичай локус-специфічні, що є причиною недостатньої діагностики у людей з

нетиповими клінічними проявами. Саме тому секвенування з довгим зчитуванням все частіше застосовується як тест першої лінії для діагностики рідкісних генетичних хвороб.

Мета: Вивчити основні ознаки та генетичні прояви хвороб, що пов'язані із особливістю у ДНК коді людини, базуючись на новітньому методі дослідження її генетичного матеріалу – секвестрування патогенних коротких тандемних повторів.

Методи та матеріали: Використання сучасної іноземної літератури та наукових робіт з наведеної теми, фахові медичні тексти та дані результатів з наведеного вище методу дослідження.

Результати: Орієнтовно 50% геному людини складається з ділянок ДНК, які багато разів повторюються, створюючи при цьому понад мільйон тандемних дублікатів – repeatome, в якому обрана послідовність реплікується багато разів в тандемі. На сьогоднішній день стало відомо, що понад половину захворювань спричиняють саме таке розширення послідовності тандемних повторів у певному гені. Такими хворобами є, наприклад, хвороба Хантінгтона, розлад аутистичного спектру та мозочкова атаксія, нейропатія та синдром вестибулярної арефлексії. Доказовою базою даних висновків стали дослідження проведені за новітніми технологіями довгострокового секвенування від Oxford Nanopore Technologies («ReadUntil» ONT) і Pacific Biosciences, які можна використовувати для генотипування великих і складних розширень STR. Під час дослідження хвороби Хантінгтона (аутосомно-домінантне нейродегенеративне захворювання, викликане дуплікацією кодона CAG у гені IT-15) даним методом вдалося виявити повтори CAG у кількості від 12 до 74 копій. При дослідженні розладу аутистичного спектру було виявлено, що більшість розширень відбулися в ділянках ДНК, які керують експресією генів необхідних у розвитку мозку. Вважається, що хвороба спричинена розширенням STR у 7-ій хромосомі, хоча ці розширення наявні і в X-хромосомі, і в меншій мірі в кожній аутосомі. Виявлено 25 мутацій, які присутні у пацієнтів із PAC, і які є найнебезпечнішими, і тому майже зовсім не закріплюються в популяції шляхом природного відбору. І остання з розглянутих патологій у нашій роботі - мозочкова атаксія, нейропатія та синдром вестибулярної арефлексії - це нейродегенеративний руховий розлад, який в більшості випадків спричинений великими двоалельними розширеннями STR «AAGGG» у гені RFC1, конформації якого вважаються патогенними та викликають дані захворювання.

Висновки: Секвенування з довгим зчитуванням може вирішити проблему діагностики таких полігенних захворювань як розлад аутистичного спектра, хвороба Хантінгтона, мозочкова атаксія, нейропатія та синдром вестибулярної арефлексії, які не вдається виявити стандартними молекулярними тестами і секвенуванням з коротким зчитуванням.

І.О. Марчук
**ДУМСКРОЛІНГ, ЯК ЦИФРОВИЙ МАРКЕР ДИДЖИТАЛІЗАЦІЇ ТРИВОЖНИХ
РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Кафедра медичної психології та психіатрії

Г.О.Ільницький (асистент)

Вінницький національний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В умовах воєнного стану люди зараз перебувають у надмірному напруженні яке потребує вивільнення. Одні займаються суспільно корисною сублімацією у вигляді волонтерства, інші справляються з нею за допомогою втечі в роботу, в хобі або в світову мережу інтернет. В епоху стрімкого розквіту цифрових технологій і наші копінг-стратегії починають потрохи видозмінюватись. Явище думскролінгу яскравий цьому приклад.

Думскролінг (також відомий як думсерфінг) — це акт споживання великої кількості негативних новин в інтернеті за короткий проміжок часу. Даний феномен не новий, його почали вивчати ще в період бурхливого початку пандемії Ковід-19, але в умовах воєнного стану він набирає все більшу і більшу розповсюдженість.

Мета: Дослідити розповсюдженість феномену думскролінгу серед студентів ВНЗ, провести скринінг на наявність симптомів генералізованого тривожного розладу серед студентів ВНЗ, виявити рівень толерантності до невизначеності серед респондентів, дослідити притаманні копінг-стратегії у студентів ВНЗ та провести кореляційний аналіз даних.

Матеріали та методи: У даному дослідженні прийняли участь студенти ВНМУ ім. М.І. Пирогова спеціальностей: медична психологія, медицина, педіатрія та стоматологія усіх курсів. Методами дослідження були: аналіз наукової літератури, психодіагностичний, психометричний та статистичний.

Результати: В результаті дослідження було сформовано дві групи: перша мала прояви тривоги помірного та вираженого ступеня та контрольна група з мінімальним або низьким рівнем тривоги. Обидві групи досліджувались на рівень прояву симптомів думскролінгу, толерантності до невизначеності та притаманні копінг-стратегії за допомогою авторської анкети.

Висновки: В умовах війни феномен думскролінгу є розповсюдженим явищем, як серед студентів, що мають ознаки тривожного розладу так і серед контрольної групи. Хоча респонденти з ознаками тривожного розладу мають вищий рівень прояву думскролінгу, різниця з контрольною групою не є значимою. враховуючи отримані дані, можна стверджувати, що до прояву думскролінгу більш схильні студенти, що мають нижчий рівень толерантності до невизначеності. Для осіб, що не мають ознак тривожного розладу, думскролінг часто виступає, як прояв копінг-стратегії за умов низької толерантності до невизначеності. Більшість респондентів вважають, що зниження кількості часу проведеного за перегляданням нових може позитивно вплинути на їх успішність та психоемоційне благополуччя. Тому є необхідність у створенні рекомендаційних програм для студентів за для підвищення їх толерантності до невизначеності та методів, що допоможуть зменшити кількість проведеного часу за перегляданням новин.

О. В. Мац, Д. Ю. Удовіченко

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ПРОЯВІВ АЛЕКСИТИМІЇ У РОЗВИТКУ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ НА ФОНІ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Д. І. Бойко (к.мед.н., доц.), В. О. Рудь (к.мед.н., доц.)

Полтавський державний медичний університет

м.Полтава, Україна

Актуальність: Алекситимія — це багатогранний конструкт, що супроводжується труднощами в розпізнаванні, описі та розрізненні емоцій та складнощами із вираженням почуттів до інших. Поряд із цим алекситимія пов'язана з різними психічними захворюваннями, зокрема тривожно-депресивними розладами, порушеннями харчової поведінки та сну. Однак недостатньо даних щодо зв'язку між алекситимією та стрес-асоційованими розладами, зокрема розладом адаптації, у групі ризику розвитку яких знаходиться населення України внаслідок триваючої Російсько-Української війни.

Мета роботи: проаналізувати вираженість алекситимії в українських студентів, що продовжують навчання в умовах Російсько-Української війни та оцінити її прогностичну значимість стосовно ризику розвитку розладу адаптації.

Матеріали та методи: Для проведення подальшого аналізу було проведено опитування 314 українських студентів, що продовжили навчання після початку повномасштабного вторгнення росії на територію України. Для оцінки рівня алекситимії використовували Торонтську шкалу алекситимії. Імовірність розладу адаптації проводили шляхом заповнення анкетно-опитувальника та нового модулю розладу адаптації (ADNM-8). Респондентів було розподілено наступним чином: група 1 – студенти, що мають ознаки розладу адаптації (n=161), група 2 – студенти, що не мають ознак розладу адаптації (n=153). Для статистичної обробки нами було використано критерій Шапіро-Уїлка, критерій Ст'юдента, ROC-аналіз.

Результати: Нами встановлено статистично значуще переважання рівня складності ідентифікації почуттів ($p < 0,001$) та складності опису почуттів ($p = 0,004$) у групі 1. При цьому не було виявлено відмінностей за показником зовнішньо орієнтованого мислення між групами ($p = 0,893$). Загальний бал за шкалою TAS-20 був вищим у студентів групи 1 ($p < 0,001$). ROC-аналіз включав аналіз субшкал та загального балу TAS-20, ступеню тяжкості алекситимії та наявності алекситимії. Нами встановлено, що загальна якість моделі була задовільною для всіх показників (OMQ = 0,54-0,68), окрім зовнішньо орієнтованого мислення (OMQ = 0,43). Серед проаналізованих показників рівень складності ідентифікації почуттів мав найбільшу значущість та модель хорошої якості (AUC=0,733±0,028, $p < 0,001$, 95% ДІ 0,68-0,79) при сумі балів 18,5 б., в той час як інші продемонстрували моделі середньої якості, а саме загальний бал TAS-20 (AUC=0,672±0,033, $p < 0,001$, 95% ДІ 0,61-0,73) при сумі балів 54,5 б., високий рівень алекситимії (AUC=0,649±0,031, $p < 0,001$, 95% ДІ 0,59-0,71), наявність алекситимії (AUC=0,628±0,032, $p < 0,001$, 95% ДІ 0,57-0,69) та складність опису почуттів (AUC=0,605±0,032, $p = 0,001$, 95% ДІ 0,54-0,67) при сумі балів 14,5 б.

Висновки: Нами виявлено прогностичну значимість алекситимії щодо розвитку розладу адаптації в українських студентів, що продовжують навчання в умовах Російсько-Української війни. Так, особи з проявами алекситимії належать до групи ризику розвитку розладу адаптації, особливо студенти з підвищеним рівнем складнощів з ідентифікацією почуттів.

А.В.Новицький

ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ: КЛІНІЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИМІРИ

Кафедра медичної психології та психіатрії

О.О. Белов (д.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Війна в Україні зумовила різке зростання важкого стресового навантаження і психологічну кризу у значної кількості людей. Феномен посттравматичного зростання (ПТЗ) – значущі позитивні зміни особистості через переживання важкої життєвої кризи – є перспективним шляхом подолання наслідків важкого стресу і відновлення нормального психологічного функціонування людей, які перенесли стрес війни та інші критичні стреси.

Мета дослідження – вивчити фактори, які сприяють посттравматичному зростанню, і запропонувати модель посттравматичного зростання з урахуванням соціально-психологічних, індивідуально-психологічних та стрес-асоційованих чинників.

Матеріали та методи. досліджено 32 особи, які вважали перенесений важкий стрес джерелом позитивних психологічних змін (група з ПТЗ), і 35 осіб, які вважали, що такий стрес мав негативні психологічні наслідки (група без ПТЗ), з використанням спеціально розробленої

анкети, опитувальника посттравматичного зростання PTGI та особистісного опитувальника EPI. Середній вік обстежених склав відповідно $33,1 \pm 11,5$ років та $37,4 \pm 13,1$ роки ($p > 0,05$).

Результати. Освітній рівень не виявив значущого впливу на ПТЗ. Актуальними соціальними чинниками ПТЗ виявилися наявність мікросоціального оточення, здатного забезпечити психологічну підтримку та допомогу (78,1% в групі з ПТЗ проти 51,4% в групі без ПТЗ, $p < 0,05$), добрі та дуже добрі відносини з оточуючими (відповідно 37,5% проти 14,3%, $p < 0,05$, та 50,0% проти 25,7%, $p < 0,05$) і рідними (відповідно 43,8% проти 20,0%, $p < 0,05$, та 46,9% проти 22,9%, $p < 0,05$), а також високий рівень професійної реалізації (50,0% проти 25,7%).

Виявлено, що ПТЗ асоційоване з екстраверсією, а відсутність ПТЗ – з інтроверсією (значення по EPI відповідно $16,16 \pm 5,16$ балів та $9,17 \pm 2,46$ балів ($p < 0,01$) та більш високим рівнем нейротизму ($8,34 \pm 3,63$ балів та $12,49 \pm 2,76$ балів ($p < 0,01$)). Побудовано математичну модель ПТЗ, яка дозволила визначити в якості найбільш вагомий чинник ПТЗ фактор нейротизму, менш важливими факторами виявилися екстраверсія – інтроверсія та суб'єктивний ступінь задоволеності індивіда відносинами з мікросоціальним оточенням. Запропоновано комплекс заходів з удосконалення персоналізованої системи медико-психологічного супроводу осіб, які перенесли важкий психоемоційний стрес, з урахуванням зазначених факторів.

Висновки. ПТЗ – важливий і перспективний феномен, що може зменшити психологічні наслідки важкого стресу. Актуальними чинниками ПТЗ є наявність позитивних відносин з мікросоціальним оточенням, екстраверсія та низький рівень нейротизму. Модель ПТЗ включає соціально-психологічні та індивідуально-психологічні фактори, і дозволяє персоналізувати систему медико-психологічного супроводу людей, які перенесли важкий стрес.

В.В. Новікова, Р.Н. Русенко

НОВИНКА В ЛІКУВАННІ БІЧНОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ

Кафедра нервових хвороб

О.О. Гордійчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бічний аміотрофічний склероз, надалі БАС - це хронічне нейродегенеративне прогресуюче захворювання нервової системи з ураженням мотонейронів, з подальшим розвитком паралічів та атрофії м'язів. Пріоритетом в лікуванні являється пошук науковцями діючої молекули речовини для призупинення нейродегенеративного процесу.

Мета: висвітлення дії сучасного препарату «Релівріо».

Матеріали та методи: узагальнення профільних статей у наукових базах PubMed, NCBI, NEJM, аналіз даних клінічних випробувань CENTAUR.

Результати: Найсучасніший препарат для лікування БАС, який був затверджений американським Управлінням продовольства та медикаментів (FDA) у вересні 2022 року є "Релівріо" (Relugliro). Препарат складається з двох основних компонентів: фенілбутирату та тауроурсодезоксихолевої кислоти. Передбачається, що Релівріо виявляє нейропротекторну дію та зменшує загибель нейронів шляхом усунення дисфункції мітохондрій тауроурсодезоксихолевою кислотою, у той час як фенілбутират стабілізує білки ендоплазматичного ретикулуму, тим самим запобігаючи утворенню білкових згустків, які провокують загибель нервових клітин. Препарат не має протипоказів, але пацієнтам, які мають патології шлунково-кишкового тракту, необхідна попередня консультація лікаря-гастроентеролога, тому що Релівріо підвищує рівень жовчних кислот, і як наслідок може погіршувати патологічний стан. Засіб дає такі побічні ефекти: діарея, нудота, біль у животі, підвищення схильності до інфекцій ВДШ. Релівріо містить в собі велику концентрацію солі, тому це також треба враховувати при призначенні пацієнтам, у яких є захворювання нирок, артеріальна гіпертензія та серцева недостатність. У клінічних випробуваннях препарату

прийняли участь 137 пацієнтів з БАС. Перша група - це пацієнти які приймали Релівріо, друга група - плацебо (але вони все одно мали можливість приймати Рилузол таЕдаравон - інші клінічно-доведені засоби лікування БАС). Дослідження показало подовження тривалості життя пацієнтів першої групи в середньому на 6,5 місяців, порівняно з другою, причому ефективність препарату була однаково високою при різних формах БАС.

Висновки: "Релівріо"це великий крок у боротьбі з БАС, але основними недоліками є висока вартість лікування і наразі відсутність офіційного затвердження препарату країнами Європи. Тим не менш, препарат є ефективним та досліджується як потенційний метод лікування для інших нейродегенеративних порушень, таких як хвороба Альцгеймера та синдром Вольфрама.

І.Ю. Повар

ПРОГНОЗИ ГОСТРОТИ ЗОРУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕПРЯМУ ТРАВМАТИЧНУ НЕЙРОПАТІЮ ЗОРОВОГО НЕРВА

Кафедра нервових хвороб

С. Л. Малик (доцент, к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: травматична нейропатія зорового нерва є ускладненням черепно-лицевої травми, яка прямо чи опосередковано пошкоджує зоровий нерв і може спричинити серйозну втрату зору. На даний момент існує багато неясностей щодо діагностики та лікування через відсутність чітких рекомендацій та невизначеність прогнозів гостроти зору у пацієнтів в залежності від вибраного лікування, клінічних характеристик та інших факторів.

Мета: визначити вплив різноманітних факторів на візуальні прогнози у пацієнтів з травматичною нейропатією зорового нерва.

Матеріали та методи: огляд та аналіз наукових публікацій з ресурсів PubMed, MedScare, GoogleScholar за останніх 5 років.

Результати: проведено аналіз ретроспективного багаточентрового дослідження, опублікованого 2022 року, дорослих пацієнтів з травматичною нейропатією зорового нерва, що отримували лікування в травматологічних центрах з подальшим спостереженням у афілійованій офтальмологічній клініці. Були зібрані демографічні дані, системні супутні захворювання, одночасні травми, введені препарати крові, внутрішньочерепний тиск, характеристики КТ черепа, інші фактори. Були зібрані дані про гостроту зору (по діаграмі logMAR) під час первинного звернення до лікарні та протягом 12 місяців спостереження. Критеріям включення відповідали 16 пацієнтів чоловічої статі. Середня початкова гострота зору становила 1,64 logMAR (~20/800, ± 0,95), а кінцева VA становила 1,31 logMAR (~20/400, ± 1,06). 3 пацієнти (4 ока) не мали світлового сприйняття під час первинного звернення та мали такі ж самі результати під час остаточного спостереження. З проаналізованих факторів лиш початкова гострота зору була значущим предиктором візуального результату. Масковане рандомізоване дослідження, включало пацієнтів з непрямою травматичною нейропатією зорового нерва, що приймали високі дози стероїдів (16 пацієнтів) або плацебо (15), спостерігались протягом трьох місяців. Середня різниця кінцевої скоригованої гостроти зору між двома групами становила 0,67 logMAR, а через 3 місяці – 0,40 logMAR. Обидві різниці не були статистично значущими. Дослідження, опубліковане 2018 року включало огляд 62 дітей (62 ока) з середнім віком 11 ± 4 роки з непрямою травматичною нейропатією зорового нерва, що пройшли ендоскопічну трансетмосфеноїдну декомпресію зорового каналу. Показник покращення зору у пацієнтів з залишковим зором (33 пацієнти) – 69,7%, а у пацієнтів без сприйняття світла (29) – 37,9%.

Висновки: у випадках з травматичною нейропатією зорового нерва спостерігається значна частота спонтанного одужання. Пацієнти, що отримували лікування стероїдами чи хірургічну декомпресію та пацієнти, що лиш спостерігались, при наявності залишкового зору мають кращий зоровий прогноз, ніж пацієнти з відсутністю сприйняття світла.

О.Ю. Пономарчук
**ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА ТА ЇХ
ЛІКУВАННЯ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії
Л.Ф. Слободянюк (доцент, к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: З початком повномасштабного вторгнення РФ на територію України 24 лютого 2022 року кількість злочинів сексуального характеру особливо зросла (124 випадки офіційно зафіксувала ООН станом на липень 2022 року). Загальновідомо, що лише невелика частина жертв зґвалтувань звертається за допомогою. Тож впевнено можна стверджувати, що наявна статистика сексуального насильства в Україні викривлена, а реальна кількість злочинів вище. Це викликає особливе занепокоєння у світлі численних наслідків для тих, хто вижив, включаючи психічні розлади, що робить дану проблему актуальною з точки зору дослідження структури захворювань і способів їх менеджменту.

Мета: Дослідити структуру психічних захворювань серед жертв сексуального насильства та дієві методики їх полегшення та лікування.

Матеріали і методи: Аналіз профільних статей за ключовими словами та критеріями включення, використовуючи джерела баз даних PubMed, Google Scholar та ін.

Результат: Люди, які зазнали сексуального насильства (СН), мали значно більше симптомів щодо ряду форм психопатологій, включаючи тривогу, депресію, розлади прийому їжі, obsesивно-компульсивні стани, стани, пов'язані з травмою та стресовими факторами, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), зловживання психоактивними речовинами та залежність, спроби самогубства. Дослідження показують, що жертви зґвалтування чоловічої статі мають вищий ступінь дистресу, психіатричні симптоми та психіатричні госпіталізації, ніж жінки-жертви зґвалтування. Серед жертв СН депресивні розлади та посттравматичний стресовий розлад особливо поширені. Важливо вчасно виявити і скерувати постраждалих до кваліфікованих спеціалістів. Кожен із цих станів добре піддається лікуванню за допомогою короткочасної когнітивно-поведінкової терапії. Методи лікування посттравматичних стресових розладів, що базуються на доказах, включають когнітивну терапію і терапію тривалого впливу (ТВ). Попереднє дослідження, проведене в Сполучених Штатах, показало, що адаптована коротка версія ТВ в якості експрес-терапії на пам'ять про подію, що надається одразу після травми (<72 годин після травматичної події), була ефективною у зменшенні ранніх симптомів ПТСР у жертв зґвалтування. Засноване на доказах лікування депресії включає когнітивну терапію і поведінкову активацію. Ці методи лікування пов'язані зі значним зменшенням симптомів протягом 12–16 сеансів.

Висновки: Майже кожне включене дослідження виявило вищу поширеність психічних розладів серед постраждалих, ніж серед людей, які не зазнали насильства. СН може спричинити виникнення психічних розладів у здорових людей, спровокувати прояв генетичної схильності або погіршити підпорогові форми психопатології до діагностичного рівня. Ефективним лікуванням є КПТ.

В.О. Просвітлюк, А.А. Ткаченко

МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ ЗІНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОГРАМИ REFLEX BRIGHTLAMP

Кафедра нервових хвороб

М.І. Андрієвська (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Оцінка зіничного рефлексу є важливою частиною неврологічного обстеження, оскільки зміни реакції зіниць можуть вказувати на наявність різних неврологічних захворювань. Зіничний рефлекс контролюється вегетативною нервовою системою, і зміни в розмірі та швидкості звуження зіниць можуть свідчити про зміни неврологічних функцій.

Мета: Розповісти про походження додатку та висвітлити можливості оцінки зіничного рефлексу за допомогою програми ReflexBrightlamp (версія 3.13.1).

Матеріали та методи: Додаток ReflexBrightlamp був розроблений компанією Brightlamp, яку очолив лікар МеттБевін - доцент Медичної школи Університету Міссурі. Програма Reflex - це додаток, призначений для скринінгу неврологічних захворювань шляхом вимірювання змін розміру зіниць у відповідь на світло. Методика оцінки зіничного рефлексу за допомогою додатку: студента розміщуємо у темній кімнаті на 5 хвилин, щоб його зіниці розширилися. Дослідник вписує паспортні дані досліджуваного перед початком тесту та налаштовує смартфон або планшет із запущеною програмою, далі додаток автоматично калібрує камеру для забезпечення точних вимірювань; розміщуємо пристрій перед очима пацієнта, попадаючи в метраж зіниці, в той час програма записує відео зіниць пацієнта в стані спокою; дослідник вмикає світло на пристрої, а додаток записує відео зіниць пацієнта, які звужуються у відповідь на світло. Світло направляє в одне око за раз, щоб оцінити зіничний рефлекс кожного ока.

Результати: Нами було проведено оцінка зіничного рефлексу у 80 студентів 1-6 курсу медичного університету. Під час проведення тесту було оцінено результати за такими параметрами: у розділі аналізу - ReflexScore (оцінка рефлексу), Concussion CDS Score (оцінка струсу мозку за шкалою CDS), у розділі виявлення – AlphaOmega (амплітуда виявлення), Anisocoria (анізокорія), Miosis (міоз), Midriasis (мідріаз), TonicPupil (розслаблення зіниці); стислі результати – Avg. ConstrictionSpeed (середній показник швидкості звуження), CostrictionTime (час звуження), Max. ConstrictionSpeed (максимальна швидкість звуження); результати розширення – ReleaseAmplitude (амплітуда вивільнення); інші – Amplitude (Амплітуда), Avg. Diameter (середній показник діаметра), Latency (затримка), Max. diameter (максимальний діаметр), Mindiameter (мінімальний діаметр). Серед студентів, в яких досліджувалось праве око найбільше варіювались значення параметрів такі як: Mydriasis (31 студент), Max. constrictionSpeed (20), Amplitude (25), Latency (15), Max. diameter (20). Щодо лівого ока показники, які відхилялись від норми: Mydriasis (28), Max. constrictionSpeed (18), Amplitude (22), Latency (21), Max. diameter (18).

Висновки: Додаток ReflexBrightlamp призначений для використання кваліфікованими медичними працівниками і не призначений для самостійної діагностики або лікування будь-яких захворювань. Це скринінговий інструмент, який може допомогти виявити зміни зіничного рефлексу, що можуть свідчити про наявність неврологічних захворювань.

Є.А. Саєнко, К.А. Саєнко
**ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ МНОЖИННОГО СКЛЕРОЗУ (МС), ОСТАННІ
ТЕНДЕНЦІЇ У СВІТІ**

Кафедра нервових хвороб

С.Л. Малик (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: МС-це аутоімунне демієлінізуюче, нейродегенеративне захворювання ЦНС, головна причина нетравматичної інвалідності молодих працездатних людей.

Мета: проаналізувати дані світової, вітчизняної літератури щодо патогенетичного лікування МС, висвітлити останні тенденції у світі.

Матеріали і методи: проведено ретроспективний аналіз статей з ресурсів PubMed, GoogleScholar, MDPI за 2008-2022pp.

Результати: Зміни в периферичній імунній системі, проникності гематоенцефалічного бар'єру, внутрішніх імунних клітинах ЦНС (таких як мікроглія) - в основі патогенезу МС. Наразі ліків від МС немає, але є лікування у формі імунотерапії з використанням імуномодуючих препаратів.

Лікування спрямоване на зниження нейрозапальної активності, зменшення рецидивів, уражень, виявлених на МРТ, симптомів і запобігання прогресування інвалідності, залежить від стадії захворювання і специфічних симптомів, складається з імуномодуючої терапії (ІМТ) основного імунного розладу та терапії для полегшення симптомів.

ІМТ показана для лікування пацієнтів з рецидивуючими формами МС, уповільнює набуття фізичної вади, зменшує частоту загострень. Інтерферон бета-1b був першим препаратом, схваленим для лікування МС.

Алемтузумаб-рекомбінантнемоноклональне антитіло проти CD52 (антигену лімфоцитів). Показаний при рецидивуючих формах МС. Застосування 2-ма курсами (1-й – в/в у дозі 12 мг/добу протягом 5-и днів; 2-й – 12 мг/добу впродовж 3-х днів, які вводять через 12 місяців після першого курсу терапії).

Наталізумаб показаний як монотерапія МС для уповільнення накопичення фізичної недієздатності та зменшення частоти загострень; механізм дії- інгібування інфільтрації лейкоцитів через ендотелій у мозок.

Глатирамеру ацетат знижує частоту рецидивів у пацієнтів із рецидивуючим та ремітуючим МС, у тому числі пацієнтів, які перенесли перший клінічний епізод і мають ознаки МРТ, що відповідають МС.

Окрелізумаб — це гуманізоване моноклональне антитіло, яке після зв'язування клітинної поверхні з В-лімфоцитами призводить до антитілозалежного клітинного цитолізу та опосередкованого комплементом лізису. Застосовується в/в 600 мг кожні 6 міс. пожиттєво чи до моменту зміни терапії.

Фінголімод (0,5 мг 1 р/д)- перший пероральний препарат для лікування рецидивуючих форм МС. Це модулятор рецепторів сфінгозин-1-фосфату (S1P) з високою спорідненістю зв'язується з рецепторами S1P 1 і 5. Його застосовують і дітям.

Мітоксантрон-імуносупресивний засіб, схвалений для лікування вторинно прогресуючого або агресивного рецидивуючого ремітуючого МС.

Кортикостероїди метилпреднізолон (1г/д в/в), дексаметазон (2мг/кг/д в/в) використовуються для зменшення запалення та прискорення одужання після гострих рецидивів.

Висновки: Кількість хворих на МС стрімко зростає. Критично важливими є вищевказані ліки, що дозволяють контролювати прояви хвороби, покращувати комфорт, якість життя. Якщо не

лікувати МС, більш ніж у 30% пацієнтів з МС розвивається значна фізична вада протягом 20-25 р. після початку захворювання.

М.Г. Саруханян

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кафедра медичної психології та психіатрії

І.С. Потоцька (к.психол.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Копінг-стратегії відіграють важливу роль у житті будь-якої людини, а особливо військовослужбовців, адже їм доводиться зустрічатися зі складними ситуаціями: бойові дії, тривалі періоди віддаленості від сім'ї та друзів, невизначеність щодо майбутнього та іншими. Роль копінг-стратегій полягає у зменшенні дії стресу та підтримці психічного здоров'я під час війни. За результатами вивчення копінг-стратегій Лазаруса Р., Фолькмана С., Спілки Б. та інших, ми розуміємо це явище як психологічні захисні можливості людини, що виникають у процесі взаємодії людини з навколишнім середовищем.

Мета: емпірично дослідити особливості прояву копінг-стратегій у військовослужбовців.

Матеріали та методи: задля дослідження копінг-стратегій було використано опитувальник Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолкман на дослідження поведінки подолання (*Ways of Coping Questionary*), метод усного опитування — бесіда, для кращого розуміння та трактування отриманих результатів.

Результати: У дослідженні взяло участь 15 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. За результатами проведеного письмового опитування було отримано наступні дані: на високому рівні проявлені копінг-стратегії - “конфронтація” (20% опитаних) та “позитивна оцінка” (20% опитаних). Військовослужбовці використовують “конфронтацію” як адаптивну копінг-стратегію, агресивну відповідь на стресову ситуацію, як приклад - бачать ворога та починають інтенсивно з ним боротися. Військовослужбовці у яких на високому рівні проявляється стратегія “позитивна оцінка” прагнуть впоратись зі стресом переосмлюючи ситуацію, але при цьому недооцінюють дійсне прагматичне вирішення через відрив від реальності та надання ситуації надмірної цінності як позитивного стимулу. На високому рівні (6.66% опитаних) така стратегія як “планування рішень”. Вона проявляється аналітичним підходом до ситуацій. Серед найменш проявлених копінг-стратегій у військовослужбовців є “дистанціювання” 33,33%). Це означає, що військовослужбовцям не притаманно відокремлюватись від негативної ситуації та зменшувати її значимість. Низький рівень стратегії “втеча” та “прийняття відповідальності”. Низький прояв копінг-стратегії “втеча” полягає у відсутності уникнення та відсторонення від травмуючої ситуації. У військових з низьким рівнем прояву стратегії “прийняття відповідальності” проявляється недостатня усвідомленість власної участі при складних ситуаціях та відповідальність щодо їх подолання, адже військова справа потребує чіткого підпорядкування та виконання наказів керівництва.

Висновки: У результаті проведеного дослідження було встановлено, що військовослужбовці задля подолання стресу використовують неадаптивну емоційну копінг-стратегію як “конфронтація” та відносно адаптивну когнітивну стратегію “позитивна оцінка”.

М.В. Скобенко
**ВПЛИВ ЕМОЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТА ЯКОСТІ СНУ НА ПРОЦЕСИ
ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ**

Кафедра неврології 2
Н.О. Некрасова (проф..)
Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна

Актуальність: Пам'ять- важлива вища психічна функція, яка дозволяє людині розвивати когнітивні здібності, вчитись та пізнавати весь світ. Емоція, внутрішній стан, пов'язаний з нашим переживанням афекту, впливає на наші когнітивні процеси, поведінку та пам'ять. В контексті даної роботи ми розглянемо вплив позитивних, негативних емоцій, якості сну на процеси запам'ятовування.

Мета: метою даної роботи ми визначили як актуалізацію даних щодо впливу емоцій на процеси запам'ятовування, зв'язок між якістю сну та пам'яттю.

Матеріали та методи: був проведений повний огляд літератури щодо впливу різних емоцій (позитивних та негативних), кількості та якості сну на пам'ять, Для цього в PubMed, GoogleScholar було проведено пошук клінічної літератури та проаналізовано її зміст. Нами була створена спеціальне тематичне анкетування, що містило в собі питання про зв'язок позитивних емоцій, кількості сну на пам'ять. Анкетування пройшли 65 студентів Харківського національного медичного університету.

Результати: За результатами опитування, 42 респонденти(66,7%)краще відтворювали інформацію після сну, 32 респонденти(50,8%) прикрашають своє робоче місце та відмічають покращення запам'ятовування, у 59 респондентів(93,7%)55 респондентів(87,3%)відмічають пряму залежність між духовним станом та пам'яттю, 54 респонденти (93,7%) краще всього запам'ятали дисципліну, яку чи цікаво розповідали, чи мотивували, чи заохочували гарними балами.

Мигдалеподібне тіло та парагіпокампальна звивина активуються у відповідь на сумний настрій. Значна активація мигдалеподібного тіла сприяє зменшенню уваги, що може погіршити якість навчання.

Погіршення настрою індукує зменшення синтезу дофаміну нижче за базальний рівень. Дофамін активує систему винагороди, префронтальна кора збуджує гіпокамп. Активація гіпокампу сприяє консолідації (переходу пам'яті з короткострокової в довгострокову). Позитивні емоції, співпадання очікуваного та реального сприяють збільшенню базального рівня дофаміну, посилюючи консолідацію пам'яті. Значну роль відіграє поясна звивина, вона пов'язана з орбітофронтальною корою та функціонує краще за умов емоційного підйому або винагороди за дію.

Нейрони орбітофронтальної кори синтезують інформацію щодо очікуваної винагороди або покарання та передають імпульс до поясної кори. Поясна кора діє як система, яка прагне винагороди та уникає покарання або знецінення мети. Отже, мотивація, позитивні емоції, сприяє кращому запам'ятовуванню. Депривація сну порушує механізми консолідації пам'яті. Сон достатньої кількості буде сприяти консолідації пам'яті через посилення зв'язків гіпокампу та неокортексу.

Висновки: позитивні емоції активують механізми запам'ятовування, практичне значення знань про систему винагороди мозку, функції дофаміну та поясної кори, гіпокампу є формування ефективної стратегії навчання. Заохочення студентів гарними балами, зацікавлення цікавим матеріалом та прикладами будуть сприяти активуванню орбітофронтальної кори та гіпокампу, що покращить запам'ятовування.

В.С. Солотовка, В.О. Шевчук
**ЛІКУВАННЯ ВАЛЬПРОАТАМИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ
РОЗЛАДОМ, УСКЛАДНЕНИМ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

Т.С. Чорна (к.мед.н., асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: більше 50% пацієнтів з біполярним афективним розладом мали досвід зловживання психоактивними речовинами та алкоголем. Сучасні наукові джерела свідчать про застосування препаратів вальпроєвої кислоти для лікування пацієнтів з біполярним афективним розладом, а також для лікування пацієнтів з алкогольною залежністю. При лікуванні пацієнтів з біполярним афективним розладом важливо враховувати наявність коморбідного захворювання, а саме алкогольної залежності.

Мета: моніторинг ефективності застосування препаратів вальпроєвої кислоти для лікування пацієнтів з біполярним афективним розладом, ускладненим залежністю від алкоголю.

Матеріали та методи: огляд наукової літератури; аналіз та узагальнення профільних статей у наукових базах PubMed, Web of Science, SCOPUS.

Результати: Важливою складовою в патогенезі біполярного афективного розладу є ГАМК. ГАМК — гальмівний нейротрансмітер регуляції дофамінової та глутамінової активності. Науковці довели, що в пацієнтів, які страждають на біполярний розлад, фіксують нижчий рівень ГАМК, що, зрештою, призводить до ексайтотоксичності та апоптозу. Вальпроати впливають на глутаматергічну та ГАМК-ергічну нейротрансмісію мозку: підвищується вивільнення ГАМК, відбувається пригнічення катаболізму та зростання щільності ГАМК-рецепторів головного мозку. Етанол стимулює викид ГАМК, активуючи гальмівну систему мозку. Початок лікування біполярного розладу, ускладненого алкогольною залежністю передбачає відмову від спиртних напоїв, внаслідок чого може розвинути абстинентний синдром. При синдромі відміни алкоголю у пацієнтів з БАР переважає активність глутаматної системи над ГАМК, що може супроводжуватись епілептизацією мозку та збільшенням ризику виникнення судом. Враховуючи нейрофізіологію БАР та алкогольної залежності, є доцільним використання протисудомних препаратів. З широкого вибору антиконвульсантів, вальпроєва кислота має найбільше переваг: менша тривалість лікування, краща переносимість і мінімізація частоти судом як у пацієнтів з біполярним афективним розладом так і при лікуванні алкогольної залежності. Також суттєвим є ефективність як при первинному та повторному застосуванні препаратів вальпроєвої кислоти.

Висновки: результати огляду наукової літератури вказують на те, що вальпроати – препарати першого вибору для лікування пацієнтів із біполярним розладом, ускладненим алкогольною залежністю.

Д.В. Філатова
**ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ КАНІСТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ
В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ.**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

Т.С. Чорна (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У зв'язку з продовженням військових дій в Україні питання збільшення чисельності психічних порушень набуває все більшої актуальності. Важливим є питання

застосування різних методів лікування. Зоотерапія (анімалотерапія) – є одним з методів лікування, який включає використання тварин, як засіб лікування. Каністерапія – це лікування хворих, з допомогою собак, широко застосовується, як допоміжна психотерапевтична методика, покращує контакт з пацієнтами, використовуючи зрозумілість соціальної поведінки тварин.

Мета: Можливості застосування каністерапії для лікування пацієнтів, постраждалих від війни в Україні.

Матеріали: Аналіз джерел наукової літератури (Google Academy Pub Med, Internet Web Science), статей в мережі Internet.

Результати: Найбільш доступним прикладом, який дозволяє зробити оцінку впливу військових дій на психічне здоров'я населення є війна у Сирії. За даними опитування у 2011 році, 1951 особи, у 44% виявлено важкий психічний розлад, у 27%- помірно виражені психічні розлади і всі симптоми ПТСР, і лише у 20% не було відмічено розладів. Також, близько 86,6% респондентів вказало, що війна була основною причиною їх психічного розладу, а 46% вважали що потребують психологічної допомоги. Численні постраждалі, медичні працівники в тому числі створили ситуацію ненадання психіатричної медичної допомоги у 90% випадків.

У листопаді 2022 року було оприлюднено дані, представником ВООЗ, Ярно Хабіхтом, що близько 25% населення України можуть страждати на психічні розлади та потребувати спеціалізованої допомоги через війну вже зараз. Перші позитивні результати каністерапії в Україні отримані ще у 2015 році. Лікування з допомогою собак-терапевтів як додатковий психотерапевтичний супровід отримали військові, переселенці, постраждалі та діти. Особливо є цінним, що собака може слугувати посередником між пацієнтом і психотерапевтом, що може зменшувати час на формування довірливих стосунків та в загальному скорочувати тривалість допомоги.

Провідними державами у застосуванні каністерапії є США та Канада. За 2022 рік у США налічується близько 50 000 собак-терапевтів, що вказує на широке застосування даного методу.

Висновки: За даними наукової літератури доведена ефективність каністерапії при різних психічних захворюваннях, що дозволяє сприймати каністерапію, як допоміжний метод психотерапевтичної допомоги для постраждалих від війни.

Р.Р. Фурман

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ДЕКОМПРЕСІЇ СЕРЕДИННОГО НЕРВА ПРИ СИНДРОМІ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛУ ЕНДОСКОПІЧНОЮ ТА ВІДКРИТОЮ МЕТОДИКОЮ

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

О.С. Лемешов (асистент кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тунельний карпальний синдром є одним з найпоширеніших нейропатій - характеризується потовщенням поперечної зв'язки зап'ястя і компресією серединного нерва (СН) в наслідок цього. Серед населення його поширеність в світі становить від 1 до 5%. Лікування даної патології проводиться консервативним та хірургічним шляхом. На сьогоднішній день з метою усунення компресії СН використовують дві методики: відкрита декомпресія карпального каналу та ендоскопічна.

Мета роботи: Опираючись на доступні методи, визначити результати лікування після оперативного втручання ендоскопічним та відкритим вивільненням карпального каналу і провести порівняльну характеристику.

Матеріали та методи: Оцінка проводилась за допомогою наступних шкал - Бостонський опитувальник, де 1- найкращий показник, а 5- найгірший; шкали функціональних порушень (найкращий показник- 1, найгірший- 5), шкали Бішоп(12 балів-це найкращий показник, а 0- найгірший) та візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) -0 балів повна відсутність болю, 10 - максимальний біль. Було опитано 25 пацієнтів, які були оперовані ендоскопічним методом вивільнення карпального каналу та 25 пацієнтів відкритим методом вивільнення карпального каналу на базі Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І.Ющенко та медичного центру Спайнекс.

Результати: За допомогою Бостонського опитувальника визначено: при відкритому вивільненні середній показник становить 1,324, тоді як при ендоскопічному- 1,261, За шкалою функціональних порушень результат при відкритому вивільненні становить 1,5, а при ендоскопічному - 1,393. На основі анкет за шкалою Бішоп було встановлено, що при відкритому вивільненні середній показник складає 9,4 балів, тоді як при ендоскопічному- 10,1 балів. За ВАШ, при відкритому вивільненні результат становить 1 бал, коли при ендоскопічному- 0,6 балів.

Висновки: За результатами досліджень та підрахункам середніх значень було визначено, що обидві методики є достатньо ефективним. Але є певна відмінність результатів після двох методів оперативного лікування, де встановлено що за даними критеріями і методами дослідження- ендоскопічний метод вивільнення карпального каналу має переваги перед відкритим вивільненням.

Я.М. Чукань, Д.В. Степаненко, В.П. Маслій

НАСЛІДКИ МІННО-ВИБУХОВОЇ ЗАКРИТОЇ ЧМТ ТА ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Кафедра нервових хвороб

В.П. Маслій (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: 2022 рік став переломним моментом у нашій державі, почалась повномасштабна війна, яка несе за собою величезні наслідки. В результаті бойових дій зростає питома вага черепно-мозкових травм, зокрема МВЗЧМТ. В наслідок енергії вибуху, утворюється значний силовий тиск, який викликає подразнення екстеро- та інтерорецепторів, що веде виникнення політраум, а саме ураження головного мозку у вигляді мінно-вибухової закритої ЧМТ, а також ураження серцево-судинної системи, середнього вуха, кісткової системи та черевної порожнини.

Мета: Дослідити наслідки мінно-вибухової закритої ЧМТ та постравматичного стресового розладу.

Матеріали та методи: У ході досліджень був проведений аналіз та узагальнення медичних публікацій із GoogleScholar, PubMeds, Scopus та огляд наукової літератури.

Результати: З огляду на клініко-неврологічне, нейрофізіологічне, а також нейропсихологічне дослідження, можна зробити низку висновків, щодо наслідків мінно-вибухової закритої ЧМТ. У таких пацієнтів спостерігається висока частота клінічних симптомів, а саме: головні болі, двоїння в очах, судоми кінцівок та їх оніміння, м'язова слабкість, а також зустрічаються

непоодинокі випадки вегето-судинних нападів. Дані скарги в основному з'являються після фізичного, а також розумового навантаження і звичайно після отриманого стресу. Стосовно клініко-неврологічних синдромів, можемо стверджувати, що зустрічаються такі синдроми: екстрапірамідний, кохлеарний, вестибуло-атактичний, лікворно-гіпертензійний, астеничний. Щодо нейропсихологічного дослідження, то у пацієнтів зустрічається нестійкість уваги при виконанні динамічних та просторових рухових проб, порушення реципрокної координації рухів рук. Також відзначаються розлади слухового гнозису, незначні ознаки еферентної моторної афізії. При проведенні нейропсихологічних проб, вчені дійшли висновку що у пацієнтів присутнє уповільнення роботи, нестійка увага, нерівномірна продуктивність. Зустрічаються мнестичні порушення у вигляді зниження міцності слухо-мовних слідів і обсягу слухо-мовної пам'яті. При пасивному впізнаванні слів кількість помилок збільшувалась. Тобто у пацієнтів були наявні порушення енергетичного забезпечення психічної діяльності. Емоційні розлади у пацієнтів проявляються тривожно-депресивними проявами та дратівливістю.

Висновки: Отже, підсумовуючи вище сказане, у пацієнтів з мінно-вибуховою закритою ЧМТ спостерігаються яскраво виражена клінічна симптоматика танаявні емоційні розлади, а саме міжособистісна сенситивність, що може свідчити про ірритацію негативної емоційної системи мозку, чітко прослідковуються нейропсихологічні порушення. Все це вказує на те, що необхідне тривале клініко-неврологічне спостереження, для того аби своєчасно діагностувати та лікувати ускладнення.

П.О. Ширай, О. В. Мац, З.І.Карпик

ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19 НА ВИРАЖЕНІСТЬ БЕЗСОННЯ В УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ НА ФОНІ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Д. І. Бойко (к.мед.н., доц.)

Полтавський державний медичний університет

м.Полтава, Україна

Актуальність: Від 39% до 99% біженців та внутрішньо переміщених осіб внаслідок збройних конфліктів у світі повідомляють про проблеми зі сном. Ці відсотки значно перевищують показники серед населення в цілому. Безсоння може змінювати стан імунного гомеостазу організму та ускладнювати інші соматичні та психічні захворювання. З іншого боку, розвиток соматичного захворювання може призвести до порушення сну через гострий стрес. Так, численні дослідження вказували на зростання поширеності психічних порушень та розладів сну, так званої «коронасомнії», на фоні пандемії COVID-19. Початок повномасштабного вторгнення росії на територію України припав саме на період пандемії, що імовірно може обумовлювати додатковий вплив на сон та психіку населення.

Мета роботи: дослідити поширеність безсоння серед українських біженців внаслідок Російсько-Української війни та оцінити вплив перенесеного COVID-19 на тяжкість безсоння.

Матеріали та методи: Нами проведено опитування українців за допомогою онлайн-опитувальника, що містив соціальні, демографічні та анамнестичні дані. Рівень безсоння визначали за допомогою розрахунку індексу тяжкості інсомнії (ISI). Нами було опитано 174 особи, з яких на підставі критеріїв включення було відібрано 144 анкети для аналізу. Учасники були розподілені на 2 групи: 1 група – українські біженці, що змушені були покинути Україну внаслідок Російсько-Української війни (n=92), 2 група – українці, які не змінили свого місця

проживання після початку повномасштабного вторгнення (n=52). Для статистичного аналізу використано критерій Ст'юдента, Хі-квадрат Пірсона та двофакторний дисперсійний аналіз.

Результати: Нами встановлено, що в 1 групі поширеність безсоння складала 58,7%, а в 2 групі – 55,8% (p=0,621). При цьому у 1 групі переважало клінічно значуще безсоння, а в 2 групі – підпорогове (p=0,048). У 1 групі було виявлено 70,7% осіб, які перенесли COVID-19 до початку повномасштабного вторгнення, а в 2 групі – 71,2% (p=0,949). Проведений дисперсійний аналіз продемонстрував вагомий вплив на ISI перенесеного COVID-19 (p<0,001) та взаємодії факторів «COVID-19 в анамнезі» і «статус біженця» (p=0,021). При аналізі підгруп встановлено, що ISI не відрізнявся у осіб 1 та 2 груп, які не хворіли на COVID-19. При цьому у респондентів, які хворіли на COVID-19, ISI був значуще вищим як у 1 групі (p<0,001), так і в 2 групі (p=0,008). У 1 групі серед осіб, які мали COVID-19 в анамнезі, рівень ISI був вищим порівняно з особами 2 груп, які хворіли на COVID-19 (p=0,037).

Висновки: Таким чином нами встановлено, що більше половини опитаних українців мають клінічні прояви безсоння на фоні Російсько-Української війни. При цьому перенесений COVID-19 виступає додатковим фактором, що сприяє розвитку безсоння. В групі ризику перебувають українські біженці, які хворіли на COVID-19 та підлягають впливу змін зовнішнього середовища на фоні анамнестичних факторів ризику, що призводить до розвитку безсоння.

ХІРУРГІЯ



SURGERY

Deeksharaj Akela , Svitlana Suchok, Md Danish Arzoo
**A RARE CASE OF INTESTINAL VOLVULUS IN PAEDIATRIC DIABETIC
KETOACIDOSIS**

Department of Paediatric Surgery
O.G. Yakymenko (Cand.Med.Sc., assoc.prof.)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: Abdominal pain is a common sign of diabetic ketoacidosis and surgical acute abdomen in children. This rare comorbidity may cause delay of the surgery and life-threatening complications.

Goal: We report a rare case of intestinal volvulus caused by Meckel's diverticulum in a T1 DM child presented with abdominal pain and ketoacidosis.

Materials & methods: A 17-year-old male was admitted to the ICU of CNE "Vinnytsia Regional Children's Clinical Hospital of VRC" with a diagnosis upon admission of diabetic ketoacidosis associated with severe abdominal pain. Work-up included CBC, ESR, blood sugar level, urine ketones, venous blood gases test, serum lactate, renal and liver tests, and complete abdominal ultrasound.

Results: Clinical presentation included severe abdominal pain predominantly located in the right lower quadrant and frequent vomiting with a rapid increase in blood sugar level. No fever was associated with this case. Objective abdominal examination revealed diffuse rebound tenderness and absence of peristalsis suggestive of acute peritonitis.

Laboratory studies showed serum lactate of 3.5 mmol/L (after the surgery — 1.4 mmol); blood sugar level — 23.1 mmol/L, urine ketones — 4(+), pH -7.38 (the patient had received fluids and IV insulin before the test). CBC showed an increased WBC count of 29.65*10⁹/L (gra — 89.1%). Renal function tests were: creatinine -138 mcmmol/L, urea — 9.1 mmol/L. Other tests did not exceed the reference range. Abdominal ultrasonography revealed intraabdominal free fluid up to 27 mm; significantly reduced peristalsis and dilation of bowels with heterogeneous content. The patient underwent midline laparotomy. A conglomerate of the small intestine was found during the surgery. The ileum was twisted around a giant Meckel's diverticulum (l- 10cm; d — 3,6 cm). Nonviable bowels (70cm) along with Meckel's diverticulum were resected (anastomosis end to side). The appendix was secondarily affected with no evident inflammation according to the pathology report. Appendicostomy and abdominal drainages were inserted for further decompression and drainage.

Conclusion: Meckel's diverticulum may cause intestinal volvulus in adolescents. The surgical checkup should be provided for all pediatric diabetic patients with abdominal pain.

Nkambule Setsabile Lobesuthu, Davies Elizabeth Eme Roland
**THE ANALYSIS OF A POSSIBLE RELATIONSHIP BETWEEN TEAR PRODUCTION
AND SLEEP HABITS**

Department of Ophthalmology
I.V. Komarovska (PhD)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Background: According to the circadian characteristics of individuals people are divided into "larks" and "owls". Taking into account the increase in the frequency of cases of Dry Eye Disease, the search for new pathogenetic links of influence on the state of the lacrimal system is highly relevant.

Purpose: to develop based on the analysis of literature data, a questionnaire that will allow subjective assessment of tear production of individuals according to their circadian rhythm.

Materials and methods: Analysis of sources of scientific literature and internet resources. Development of a questionnaire to assess the relationship between the circadian rhythm of individuals and the state of their tear production.

Results: Circadian rhythms are physiological and behavioral cycles with a periodicity of approximately 24 h. The analysis of literature sources showed that melatonin, which is produced by the pineal gland and participates in the coordination of circadian rhythms, is present in the tear film of some mammals (rabbits, mice, horses, etc.). However, little is known about the effects of melatonin on the human eye surface and tear production.

Diurnal variations have been observed in tear film parameters on a variety of species. The OSDI questionnaire which was developed by the Outcomes Research Group at Allergan Inc. is widely used to assess tear production and detect dry eye disease in an attempt to rapidly assess eye irritation symptoms in dry eye disease and how they affect vision-related functioning. We have developed an additional questionnaire determining the characteristics of an individual's sleep, which in combination with the previous one will help reveal the presence or absence of a relationship between the characteristics of a person's circadian rhythms and the risks of dry eye disease.

Conclusion: Features of circadian rhythms and their violation in accordance with the rhythm of life influence features of the body's functioning. The peculiarities of tear production and its rate of frequency throughout the day suggests a possible relationship between sleep habits and their consequences in the development of dry eye disease. The questionnaire developed by us will help to conduct a clinical study of the relationship between the characteristics of the circadian rhythm of people and its influence on the rate of frequency of tear production.

Л.В.Антіпова, К.О. Дем'янова
ЗМІНИ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНОГО БАЛАНСУ ПРИ ПЕРИТОНІТІ
Кафедра хірургії №2
М.І.Покидько (проф., д.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: внаслідок збільшення кількості етіологічного фактора, що призводить до розвитку перитоніту в умовах воєнного часу, дана тема є актуальною на сьогодні, адже водно-електролітні порушення ускладнюють перебіг захворювання і їх корекція є важливим етапом лікування перитоніту.

Мета: дослідити зміни водно-електролітного балансу при перитоніті і розглянути методи їх корекції.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines.

Результати: зважаючи на патогенез перитоніту, основну роль якого відіграє інтоксикація, що призводить до ентеральної недостатності і розвитку водно-електролітних порушень, а саме: гіпонатріємія ($N(\text{Na}^+) = 135-145$ ммоль/л), гіпокальціємія ($N(\text{Ca}^{2+}) = 2,0$ ммоль/л), гіпокаліємія, що переходить в гіперкаліємію ($N(\text{K}^+) = 3.5-5$ ммоль/л), гіпохлоремія ($N(\text{Cl}^-) = 100-110$ ммоль/л). У пацієнтів з перитонітом можуть виникати наслідки в залежності від порушення концентрації мікроелементів в плазмі крові. Через гіпонатріємію спостерігаються порушення гемодипаміки, зниження венозного тиску, зниження АТ, розвиток дегідратаційного шоку. В

результаті гіпокаліємії виникають порушення генерації потенціалів дії, проявом яких є порушення серцевого ритму (зупинка серця в систолі), неврологічні порушення (нервове збудження), слабкість скелетних м'язів; порушення концентраційної функції нирок. Через гіперкаліємію з'являються: порушення ритму серця (зупинка серця в діастолі), неврологічні розлади (парестезії). В результаті гіпокальціємії спостерігаються: тетанія, серцево-судинні розлади (подовження інтервалу PQ і вкорочення інтервалу QT), неврологічні розлади (порушення орієнтації та свідомості, гіперрефлексія), а також можливий розвиток гіпокальціємічного кризу. Для гіпохлоремії специфічних клінічних ознак немає і діагностується лише лабораторним дослідженням. Для корекції водно-електролітного балансу попередньо визначається рівень дегідратації пробою за Шелестюком. Внутрішньовенно вводять кристалоїдні і колоїдні розчини, в залежності від ступеня дегідратації (наприклад: Sol. NaCl 0,9% (крист.), Sol. Reosorbilacti (кол.). Для корекції гіпокаліємії вводять Sol. KCl 4%. Окрім того, використовуються складні електролітні розчини - Sol. Hartman's, Sol. "Acesol", Sol. «Trisolium» і т.ін..

Висновки: встановлено, що порушення водно-електролітного балансу значно впливає на вираженість перебігу перитоніту. Основними проявами є розлади серцево-судинної, нервової та сечовидільної систем. Окрім того, значні порушення концентрації мікроелементів плазми крові спричиняють ускладнення, які можуть призвести до летального наслідку. Для корекції водно-електролітного дисбалансу використовують переважно складні електролітні розчини, такі як Sol. Hartman's, Sol. "Acesol" в залежності від ступеня дегідратації та електролітних порушень.

А. О. Беганська

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЦИВІЛЬНИМИ ХІРУРГАМИ В УКРАЇНІ

Кафедра хірургії №1

А. М. Форманчук (к. мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В умовах сучасної війни в Україні особливо актуальними є вогнепальні і мінно-вибухові поранення, які часто поєднуються. Зважаючи на велику кількість поранених, і обмежені ресурси військових госпіталів, все більша кількість постраждалих евакуюється з польових госпіталів у хірургічні відділення цивільних лікарень, в основному третинного і четвертинного рівня надання медичної допомоги (Гибало Р.В., 2022). У зв'язку з чим цивільні лікарі активно залучаються до надання високоспеціалізованої мультипрофільної медичної допомоги такому контингенту поранених (Wenning RJ, Tomasi TD, 2023).

Мета: Проаналізувати структуру вогнепальних і мінно-вибухових поранень і виділити основні принципи медичної допомоги постраждалим під час військових дій у цивільних медичних закладах.

Матеріали та методи: Під час пошуку літературних джерел брали до уваги системи Medline від PubMed з 2022 року за ключовими словами: military injuries Ukraine - 133 результата. Google Scholar за цією ж теєю показав дещо інші результати – 292 посилання.

Результати: Встановлено, що в обласних цивільних лікарнях майже відсутні пацієнти з ізольованою травмою. Як правило, у всіх є чисельні відкриті і закриті ушкодження різноманітних ділянок тіла, а саме ураження верхньої і нижньої кінцівок - 57%, ушкодження грудної клітки – 10%, живота – 15%, таза – 3%, торако-абдомінальні поранення – 15%. Усім

хворим була надана медична допомога у польових госпіталях на попередніх етапах. Тому поранені у цивільних лікарнях у першу чергу потребували повторних хірургічних обробок ран із видаленням сторонніх тіл, з наступними пластичними реконструкціями або виконання остеометалосинтезу. Одночасно проводилася хірургічна корекція ускладнень з приводу гематом печінки, селезінки, заочеревинного простору, поранень кишечника, гемопневмотораксу, урологічної, щелепно-лицьової та акубаротравми та ін. Окремо необхідно виділити групу пацієнтів з важкими проникаючими пораненнями серця і магістральних судин, останні потребували оперативних втручань у найкоротші терміни (ургентно або екстрено). Це також призвело до значного підвищення хірургічної активності у стаціонарах (більше ніж вдвічі). Після завершення етапного лікування у цивільному госпіталі, одужуючі скеровувалися у реабілітаційні центри.

Висновки: Встановлено, що цивільна багатoproфільна лікарня третинного рівня має усі необхідні засоби для успішного лікування поранених в умовах війни. Це забезпечується залученням лікарів всіх спеціальностей у лікувальний процес вогнепальної і мінно-вибухової травми з подальшою міграцією хворих поміж відділень в процесі етапного надання медичної допомоги.

М.А. Бегма, В.В. Мороз

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ СИНДРОМУ ГІПЕРЕМОВАНОЇ КАЛИТКИ

Кафедра дитячої хірургії

О.А. Моравська (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром гіперемованої калитки (СГК) – симптомокомплекс, який включає в себе болючість, почервоніння та набряк калитки. Цей синдром включає нозології: перекрут яєчка, гостре ураження гідатид органів мошонки та ін.. Присутність даного синдрому вимагає негайної госпіталізації та ургентного оперативного втручання, в разі ненадання своєчасної допомоги можлива органовидаляюча операція, що з часом призведе до безпліддя.

Мета: Дослідити поширеність СГК на базі хірургічного відділення ВОДКЛ; кількість орхідектомій і причини, які призвели до них.

Матеріали і методи: Архівні дані хірургічного відділення ВОДКЛ за 2012-2022рр., наукові бази Scopus та PubMed.

Результати: Всього була опрацьована 1391 історія хвороби, з них 194 з перекрутом яєчка, 1197 – гостре ураження гідатид органів мошонки. Всього було проведено 1,15% (16) орхідектомій, з них 37,5% через аплазоване яєчко, внаслідок крипторхізму, 62,5% – перекрут яєчка. В 5,15% (10 випадках) при первинному оперативному втручанні, в зв'язку з сумнівною життєздатністю яєчка, була обрана очікувальна тактика протягом 72 годин. Після завершення терміну очікування, отримані дані УЗД про невідновлення кровопостачання органу, консилиумом було прийняте рішення, що яєчко нежиттєздатне та була проведена орхідектомія. Чинниками ризику виникнення перекруту є травма калитки, напруження черевного пресу, що веде за собою напруження кремастеру. Якщо поворот яєчка більше 180 градусів, то порушується кровообіг, виникає тромбоз вен сім'яного канатику, розвивається набряк шкіри калитки. Протягом 3 днів захворювання велось спостереження за життєздатністю яєчка. За даними фізикального дослідження та УЗД, було прийняте рішення повторної ревізії калитки з подальшим видаленням некротизованого яєчка. За даними літератури, є 2 піки зростання частоти захворювання – до 1 року життя й у препубертатний та

пубертатний період. У всіх 10 випадків видалення яєчка з приводу перекруту, хворі зверталися за допомогою від 3 днів і більше з часу появи перших симптомів. Основною причиною пізнього звернення було ігнорування скарг дитини, нехтуваннями симптомів і самолікування.

Висновок: СГК залишається актуальним. За даними наших спостережень 2012-2017 рік відмічається тенденція до збільшення кількості випадків СГК з усередненим значенням 9,2%. В 2019 році різкий підйом (57% порівнюючи з 2018 роком). З 2019 по 2022 кількість випадків зменшується в середньому на 12% кожен рік. В 2018 році найбільша кількість дітей з перекрутом яєчка (70 осіб, 36,08% від загальної кількості даної патології). В 2020 році найбільша кількість з гострим ураженням гідатид органів мошонки (153 особи, 12,78%). Найбільша кількість видалення яєчок була в 2022 році (6 орхідектомій, 37,5%). Невчасне звернення батьків є фактором ризику проведення орхідектомії в дітей. Звернення після 3 доби є критичним і в усіх випадках закінчується видаленням яєчка, тому варто проводити роз'яснювальні бесіди з батьками та сімейними лікарями щодо важливості цієї патології.

Є.В. Бейреш

МЕТОД ЛІКУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ: ЛАПАРОСКОПІЧНА ПРАВСТОРОННЯ КОЛЕКТОМІЯ З ІНТРАКОРПОРАЛЬНИМ АНАСТОМОЗОМ

Кафедра оперативної хірургії та клінічної анатомії

Б. В. Сидоренко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Колоректальним раком називають захворювання, при якому клітини товстої або прямої кишки ростуть безконтрольно. Близько 1,9 мільйона нових випадків захворювання на колоректальний рак було зареєстровано станом на 2020 рік. Даний вид раку являється третім за поширеністю та кількістю смертельних випадків у світі. Питання полягає в запровадженні лапароскопічних методів злякисних пухлин (карциноїдних пухлин, аденокарцином, неопластичних поліпів), локалізованих у дистальному відділі клубової кишки.

Мета: Дослідити хід лапароскопічної правосторонньої колектомії з формуванням інтракорпорального анастомозу

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури з використанням наступних іноземних джерел: PubMed, hopkinsmedicine, National library of medicine

Результати: Положення пацієнта має важливе значення в ході операції. Пацієнт лежить в кріслі-мішку на спині, при чому він міцно прив'язаний до столу через необхідність його нахилу. Лапароскопічна правостороння колектомія починається введенням пацієнту загальної анестезії з ендотрахіальною інтубацією, встановленням сечового катетеру та назогастрального зонду. Пневмоперитонеум забезпечується форсованим введенням вуглекислого газу, після встановлюють багаторазовий троакар Hasson у підпупковій зоні шляхом техніки вирізання. Визначення судин є важливим аспектом мобілізації кишки. Насамперед, проводиться відтягування сліпої кишки, внаслідок чого спостерігається відкривання вікна під клубово-ободовим судинним пучком. Біля верхньої брижової вени, вирізаючи очеревину, обережно піднімають закритим хватом клубово-ободові судини. Техніка розсічення має головний напрямок(спочатку клубово-ободові судини, а потім верхня ободова вена). Початок шлунково-ободового стовбуру Генле слугує закінченням розрізу. Підняттям поперечної ободової кишки від дванадцятипалої хірург визначає судини середньої товстої кишки, праві

гілки якої згодом розділяються. Лапароскопічним степлером пересікають проксимальний відділ поперечної ободової кишки. Мобілізація печінково згину уздовж білої лінії Тольтда відбувається за допомогою ультразвукового пристрою. Щоб запобігти ротації брижі термінального відділу клубової кишки його перетинають, використовуючи лапароскопічний степлер. Фіксує швом зближують кінці поперечної ободової кишки та частини клубової кишки. За допомогою лапароскопічного степлеру формується боковий анастомоз шляхом проведення антимезентеріальної ентеротомії та колотомії. Після закінчення операції фасціальний дефект зшивають, закривають розріз шкіри субкутикулярними швами.

Висновки: Перевагами лапароскопічної хірургії є менші терміни одужання, зменшення інтенсивності болю, коротша тривалість перебування, швидше відновлення функції кишечника та зниження частоти інфікування рани. Це є достатнім обґрунтуванням для виконання даної лапароскопічної операції як одного з найголовніших методів лікування колоректального раку.

І. В. Бидловська

ТОНЗИЛЕКТОМІЯ – КРАЙНІЙ ЗАХІД У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Кафедра ЛОР-хвороб

К.А. Лобко (доц., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розповсюдженість хронічного тонзиліту становить близько 50%, проте важливо достеменно знати про всі методи лікування даного захворювання. З огляду на серйозну поширеність запалення піднебінних мигдаликів перед нами постає питання про дієві методи його лікування в оториноларингології.

Мета: Проаналізувати переваги та недоліки тонзилектомії як крайнього заходу у лікуванні хронічного тонзиліту.

Матеріали і методи: Аналіз профільних статей у наукових базах PubMed, Google Scholar, Elsevier та ін.

Результат: Хронічний тонзиліт – це стійке хронічне запалення піднебінних мигдаликів, що характеризується пригніченням неспецифічних факторів природної резистентності організму, гуморальної та клітинної ланок імунітету, а також супроводжується інфекційно-алергічною інтоксикацією організму із ускладненнями. Однією із основних причин появи даного захворювання є порушення захисного бар'єру з приєднанням бактеріальної мікрофлори. Серед факторів, які негативно впливають на імунітет: віруси, інфекції, паління, алергічні реакції, часті переохолодження, захворювання носа та приносних пазух. Консервативне лікування дає бажані результати, але є певна категорія пацієнтів, які потребують хірургічного втручання – тонзилектомію. Під час цього втручання видаляють піднебінні мигдалики разом із капсулою. Основне ускладнення – виникнення кровотечі в ранній післяопераційний період, або в пізній – на 7 добу. До уваги був взятий клінічний випадок жінки 45- річного віку, яка видалила мигдалики 20 років тому. Показами до тонзилектомії були: рецидиви гострого тонзиліту (4-5 разів на рік), постійні больові відчуття, дискомфорт, відсутність позитивної динаміки після проведеного консервативного лікування. Ускладнення на фоні оперативного втручання відсутні.

Висновок: Отже, проаналізувавши покази до тонзилектомії, а саме: рецидиви гострого тонзиліту (4-6 разів на рік), ускладнені тонзиліти у вигляді паратонзиллярних абсцесів,

наявність у пацієнта серцево-судинної патології, хвороби нирок та суглобів, можемо сказати про те, що є покази до хірургічного лікування.

Н.М. Бондарчук
МЕХАНІЗМ ВТРАТИ СЛУХУ ПРИ ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ

Кафедра ЛОР-хвороб

І.В. Дмитренко (завуч кафедри, доцент, к.м.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У зв'язку із широким використанням вибухівки у сучасних військових конфліктах, існує потреба у детальному вивченні патогенезу вибухової травми. Вухо найчастіше вражається при вибухах, оскільки ця структура найчутливіша до змін зовнішнього тиску. Згідно статистичних даних профільних вітчизняних видань, за час проведення АТО/ООС, частка вогнепальних поранень ЛОР-органів склала 23,7%. Акубаротравму діагностували у 96,1% поранених (Хоменко, Король, Халік, Шаповалов, Єнін, Герасименко, Тертишний 2021, с. 7).

Мета роботи: Дослідити патогенез втрати слуху при вибуховій травмі.

Матеріали та методи: тематичні наукові публікації з порталу Національного центру біотехнічної інформації США, статистичні дані вітчизняного фахового видання «Український журнал військової медицини».

Результати: Існує чотири групи вражаючих чинників при вибуховій травмі. Первинне вибухове ушкодження виникає внаслідок впливу на тканини хвилі високого тиску, тому у патогенезі вибухової травми вуха воно займає перше місце. На базі кафедри Отоларингології, хірургії шиї та голови Стенфордського університету, американські вчені змоделювали акубаротравму на щурах та отримали наступні результати. При впливі тиску 94 ± 2 , 123 ± 9 , 181 ± 5 кПа, у всіх мишей виникала перфорація барабанної перетинки площею 60-80% від загальної. При гістологічному дослідженні вертикальних зрізів завитки піддослідних, не було виявлено ушкодження кісткового лабіринту, проте спостерігалася втрата волоскових клітин. Найбільший обсяг руйнування був у ділянці основи завитки, а найменший у ділянці верхівки. Окрім цього втрата зовнішніх волоскових клітин переважала над втратою внутрішніх волоскових клітин. Такий механізм ушкодження пояснюється тим, що вибух викликає надмірний гідравлічний тиск на базальну мембрану і призводить до її розриву, а також до відриву волоскових клітин від опорних. Внаслідок цього перилімфа та ендолімфа змішуються, створюючи токсичне середовище для рецепторних клітин, таким чином виникає ушкодження Кортієвого органу. Також вчені виявили пошкодження нейронів спірального вузла у всіх ділянках завитки, яке виникало внаслідок запалення асоційованого з вибуховою травмою, що також викликає погіршення слуху.

Висновки: Оскільки при впливі вибухових хвиль на слуховий аналізатор мишей, вражались барабанна перетинка та внутрішнє вухо, а саме рецепторні клітини та провідні нейрони, ми можемо стверджувати, що втрата слуху носить комбінований характер через поєднання кондуктивної та нейросенсорної втрати.

Н.М. Бондарчук
ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ ЕКСПАНСИВНИМИ КУЛЯМИ

Кафедра хірургії №2

М.А. Гудзь (асистент, к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зі статистичних даних вітчизняних науковців, за час проведення АТО/ООС, частка вогнепальних ушкоджень товстої кишки склала 27,1% від усіх поранень живота (Хоменко, та ін. 2021). Протягом періоду війни були зареєстровані випадки використання експансивних куль збройними силами РФ, які є забороненими згідно міжнародного права.

Мета роботи: Дослідити особливості вогнепальних ушкоджень товстої кишки експансивними кулями та хірургічну тактику.

Матеріали та методи: матеріали вітчизняних фахових видань, публікації з порталу NCBI, зарубіжна література.

Результати: Було проведено ретроспективне дослідження вітчизняних (Гуменюк, та ін. 2022), (Хоменко, Майданюк 2014), (Каштальян та ін. 2017) та іноземних публікацій (Ordoñez et al. 2021), (Smyth et al. 2022), (Chamieh et al. 2018), у якому брали участь військові, які отримали поранення товстої кишки у ході проведення АТО/ООС за 2014-2020, а також поранені в результаті військових конфліктів у світі. Досліджувану групу склали 112 хворих, з яких 69 отримали поранення звичайними набоями і 43 — експансивними набоями. При надходженні до військово-польового госпіталю, у всіх хворих, окрім поранення було діагностовано геморагічний шок. У всіх 43 (100%) поранених експансивними кулями діагностували множинне ураження (2 і більше дефектів), тоді як у поранених звичайними кулями тільки у 22 (31,8%). У пацієнтів з пораненням експансивними кулями найчастіше спостерігався геморагічний шок III та II стадії, діагностовано у 18 (41,9%) та 16 (37,2%) хворих відповідно, що частіше ніж у поранених звичайними кулями — 13 (18,8%), для цієї категорії більш типовим були II та I стадії, що склали 27 (39,1%) та 25 (36,2%) відповідно. Зважаючи на велику частоту виникнення шоку, доцільним є використання тактики «Damage Control». На вторинному рівні допомоги проводиться зашивання дефектів однорядними швами або обструктивна резекція при масивних ураженнях. Для забезпечення тимчасового гемостазу використовується туга тампонада черевної порожнини тампонами, шкіру зашивають над ними, якщо виражений парез кишківника, то можна використати вшивання поліетиленової плівки із проведенням інтрабdomінальної VAS-терапії. На третинному етапі проводиться так званий «Second look»: при пораненнях правих відділів виконується зашивання дефектів (якщо розмір дефектів не більше 1/3 діаметру кишки) та екстраперитонізація, якщо протягом 10 днів ускладнень не було, то кишка занурюється в черевну порожнину; при ушкодженні лівого відділу виконується зашивання кишки з накладанням колостоми. На четвертинному рівні проводять профілактику та лікування ускладнень, відновлюючі операції.

Висновки: З результатами метааналізу поранень експансивними кулями де є множинні ушкодження з нестабільним станом потерпілого: Накладання первинного анастомозу на вторинному рівні є ризикованим оскільки існує загроза розвитку його неспроможності, тому доцільно вести такого пацієнта за алгоритмом «Damage Control».

А.О. Василевич

АНАЛІЗ ПЕРЕВАГ І НЕДОЛІКІВ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ У ПОРІВНЯННІ З ТРАДИЦІЙНИМИ ХІРУРГІЧНИМИ МЕТОДАМИ

Кафедра оперативної хірургії та клінічної анатомії

М.П. Булько (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мінімально інвазивна хірургія (МІХ)- це сукупність методів хірургічних втручань, що виконуються через невеликі розрізи чи природні отвори з використанням сучасного високоточного обладнання.

У рапорті Європейської асоціації ендоскопічної хірургії було зазначено, що використання методів МІХ значно відрізняється залежно від країни та медичної спеціальності. За останні роки малоінвазивна хірургія також набула значної популярності в Україні. Відповідно до звіту Міністерства охорони здоров'я України, кількість проведених лапароскопічних операцій зросла приблизно з 12 000 до 27 000 у 2015-2019 роках.

Мета: проаналізувати та систематизувати інформацію про дану тему протягом останніх 10 років; оцінити перспективність застосування МІХ, враховуючи їхні недоліки; порівняти МІХ з традиційною хірургією і зробити відповідні висновки.

Матеріали та методи: детальне опрацювання інтернет-джерел, наукових дописів, медичної літератури. Дослідження статистичних даних – звіт МОЗ України про лапароскопічну хірургію, звіт Європейської асоціації ендоскопічної хірургії про малоінвазивну хірургію в Європі, дослідження мінімально інвазивної хірургії JAMA Surgery у США.

Результати: Основними перевагами МІХ у порівнянні з традиційними хірургічними методами є мінімізація післяопераційного болю та рубців, зниження ризику ускладнень і прискорення періоду відновлення. Дані процедури можна проводити в різних медичних спеціальностях. До прикладів мінімально інвазивних хірургічних методів належать лапароскопія, ендоскопія, артроскопія та роботизована хірургія. Проте при запровадженні даної методики виявили кілька недоліків. По-перше, тривалий процес навчання відповідних спеціалістів. По-друге, необхідне фінансування через використання одноразових інструментів і високоточного обладнання. У різних медичних центрах дані витрати не завжди компенсуються. Також варто враховувати більший час роботи лікарів. Незважаючи на вищезгадані проблеми, використання МІХ стрімко зростає з 90-х років минулого століття. Згідно з дослідженням, яке було проведено в JAMA Surgery у 2018 році (США), використання МІХ зросло від 24,3% операцій до 48,4% впродовж 2003-2014 років.

Проведення даної процедури передбачає використання різних видів сучасного обладнання, серед яких лапароскопи, ендоскопи, троакари, електрохірургічні інструменти та хірургічні роботи. Для прикладу, Подільський регіональний центр онкології у місті Вінниця для боротьби з раковими пухлинами застосовує такі електрохірургічні прилади як діатермокоагулятор ДТС-03Х та електрокоагулятор високочастотний ЕК-300М1.

Висновок: Мінімально інвазивна хірургія має ряд переваг у порівнянні з традиційними хірургічними методами, зокрема повна відсутність або мінімізація кровотеч, рубців та загальних ускладнень, а також пришвидшена післяопераційна реабілітація. Однак зазначено декілька недоліків, як необхідність фінансування, затрата часу і недостатність навичок у спеціалістів. Варто також враховувати особливості відповідних патологій і стан пацієнта.

М.Ю. Васильєв

ГЕНЕТИЧНІ МУТАЦІЇ BRCA1 І BRCA2 У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

В.Г.Дроненко (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Генетичні мутації BRCA1 та BRCA2 є відомими факторами ризику розвитку раку молочної залози. Ці мутації успадковуються за лінією мати-дочка, тому є основною причиною розвитку спадкової форми даного захворювання.

Мета: Дослідити зв'язок генетичних мутацій BRCA1 і BRCA2 з розвитком раку молочної залози у хворих Подільського регіону.

Матеріали та методи: Медичні карти стаціонарного хворого пацієнтів мамологічного відділення Подільського регіонального центру онкології (ПРЦО), сучасна медична література.

Результати: Етіологія розвитку раку молочної залози асоційована з мутаціями BRCA1 і BRCA2. Нами було проаналізовано історії 156 жінок віком від 18 до 76 років хворих на рак молочної залози та передракові захворювання в період з 2018 по 2023 р. Встановлено, що з 42 хворих обстежених у віці від 18 до 29 років в 4 жінок (9.5%) наявні мутації BRCA1/2, з яких 1 (2.4%) – рак молочної залози та 3 (7.1%) - вогнищеві мастопатії, як передраковий стан. У віковій групі 30-49 років було досліджено 63 хворих. Мутації BRCA1/2 в даній віковій групі було виявлено у 6 (9.5%) хворих, з яких 4 (6.3%) були передраковими. У віковій групі 50-59 років було проаналізовано 37 хворих, з яких мутації BRCA 1/2 були наявні у 7 хворих (19%), зокрема 3 з яких (8%) - мали передракові стани. В наступній групі віком від 60 до 69 років проаналізовано 14 хворих, з яких 2 (14.3%) мали мутації BRCA1 або BRCA2. З цих 1 хворий на РМЗ та 1 (7.2%) - на передракові захворювання. Можна відстежити, що з віком кількість пацієнок з наявною мутацією BRCA1 або BRCA2, які хворіють на передракові захворювання зменшується, в той час, як кількість випадків раку молочної залози збільшується, що значно погіршує прогноз у даних хворих.

Висновки: Наявність мутацій BRCA1 і BRCA2 є основною причиною спадкового розвитку раку молочної залози. Зокрема, BRCA2 обумовлює більш ранній початок розвитку даної патології, що не є класикою для раку молочної залози й тому потребує більш ретельного скринінгу у жінок віком до 45 років. Також показом необхідності більш ретельного обстеження жінок на наявність мутацій BRCA1/2 є зменшення частки передракових захворювань з одночасним збільшенням кількості випадків раку молочної залози в осіб старшого віку.

М.А. Верба

РОЛЬ ХОЛЕМІЇ В РОЗВИТКУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургії №2

В.А. Кацал (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: формування больового синдрому при хірургічній патології панкреатобіліарної зони є одним з найменш вивчених розділів сучасної науки. Подальше

розуміння взаємодії даних етіопатогенетичних чинників може призвести до більш оптимізованого підходу у виборі анальгетичної терапії. На сучасному етапі питання розвитку болю при раку підшлункової залози (РПЗ) та хронічному панкреатиті (ХП) залишаються темою наукових суперечок, зокрема з'ясовується коморбідність підвищеного рівня білірубіну при підпечінковій жовтяниці та вираженістю больового синдрому.

Мета дослідження: оцінити кореляційний зв'язок між рівнем холемії та вираженістю больового синдрому у пацієнтів з хірургічною патологією підшлункової залози.

Матеріали та методи: дослідження проводилося на базі хірургічного відділення Волочиської ЦРЛ та відділення абдомінальної хірургії Хмельницької обласної лікарні. Нами було проаналізовано результати оперативного лікування 11 хворих на хронічний псевдотуморозний панкреатит та 32 хворих на РПЗ, ускладнених розвитком синдрому механічної жовтяниці. Дослідження рівня холемії проведене усім пацієнтам відповідно до змін з часом. Вираженість больового синдрому на передопераційному та постопераційному етапах досліджували за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Результати дослідження: оцінюючи динаміку рівня білірубінемії встановлено, що на момент поступлення до стаціонару у пацієнтів рівень загального білірубіну у середньому складав $198,7 \pm 4,1$ мкмоль/л, прямого – $143,9 \pm 2,6$ мкмоль/л, непрямого – $52,4 \pm 2,2$ мкмоль/л. Через 72 години рівень білірубінемії склав в середньому $176,2 \pm 2,5$ мкмоль/л, а вже на п'ятий день терапії – $161,2 \pm 1,6$ мкмоль/л і напередодні хірургічного втручання – $112,3 \pm 2,7$ мкмоль/л. Після виконання операції рівень білірубінемії складав в середньому $32,7 \pm 2,8$ мкмоль/л. Вираженість болю на момент поступлення до стаціонару склала $5,1 \pm 0,5$. Після проведення передопераційної підготовки спостерігалось деяке зменшення інтенсивності болю за ВАШ – $4,7 \pm 0,4$. У ранньому, пізньому та віддаленому постопераційному періоді вираженість болю відповідно зменшувалася з $6,6 \pm 0,2$ через $5,4 \pm 0,3$ до $2,7 \pm 0,4$ балів. При співставленні інтенсивності больового синдрому та рівню білірубінемії спостерігається сильний позитивний кореляційний зв'язок ($r=0,76$).

Висновки: больовий синдром є характерним проявом хірургічних патологій підшлункової залози в цілому. Вираженість болю тісно корелює з рівнем холемії. Хірургічне лікування патологій панкреатобіліарної зони, ускладненої механічною жовтяницею, знижує інтенсивність болю, проте не усуває його повністю.

А. Р. Вікол

ВИКОРИСТАННЯ ТРОФІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ

Кафедра ЛОР-хвороб

О. Д. Бондарчук (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) по всьому світу 20% населення Землі має зниження слуху. Найбільшу частку цієї патології складає сенсоневральна приглухуватість (70-80%).

Мета: аналіз впливу нейротрофічних факторів в лікуванні сенсоневральної приглухуватості.

Матеріали та методи: огляд та аналіз наукової літератури, статей, доповідей, даних експериментальних досліджень з ресурсів Medline, PubMed, East European Journal of Neurology.

Результати: сенсоневральна приглухуватість виникає на тлі враження нейросенсорних структур звукового аналізатора, що призводить до порушення сприйняття звуків. Це

захворювання є поліетіологічним, але виділяють основні причини - інфекції, травми, інтоксикації, вплив шуму та вібрації, порушення мозкового кровообігу, онкологія, генетичні чинники і т.п. За своїм перебігом сенсоневральну приглухуватість поділяють на гостру та хронічну. Вважають, що гострий перебіг виникає раптово протягом декількох годин або днів і триває до місяця. Лікування потрібно починати як найшвидше після початку захворювання з метою відновлення слухової функції. Базисна схема терапії включає в себе препарати, що покращують метаболізм в нервовій тканині, вітаміни груп А, В, Е, ноотропи, біогенні стимулятори, гіпосенсибілізуючу та фізіотерапію. В останні роки велику увагу приділяють препаратам в складі яких є нейротрофічні фактори. Приклад такого препарату – трофін (суспензія ембріональної нервової тканини). Вчені визначають, що даному засобу притаманні протекторні властивості. Доказовою базою вивчення даних властивостей став метод отоакустичної емісії, що застосовувався в ході експерименту моделювання враження зовнішніх волоскових клітин кортієвого органу морських свинок. В процесі дослідження піддослідних тварин розділили на чотири групи. I група – контрольна. II групі вводили розчин трофіну через день протягом 14 днів. III групі штучно моделювали глухоту за допомогою щоденного введення ототоксичних антибіотиків на протязі 14 днів. IV групі до щоденного введення ототоксичних антибіотиків додали введення трофіну через день протягом 14 днів. При отоакустичній емісії у III піддослідної групи виявили пригнічення функції зовнішніх волоскових клітин. В I, II, IV групах не було виявлено відмінностей від початкових даних. В ході іншого експерименту піддослідним тваринам спочатку штучно моделювали глухоту ототоксичними антибіотиками (характерне враження волоскових клітин кортієвого органу), а вже після вводили розчин трофіну. При послідуєчій отоакустичній емісії, визначалось повне або часткове відновлення вражених елементів. На жаль дана позитивна динаміка спостерігалась лише при застосуванні препарату в найкоротші терміни після виникнення патології.

Висновки: Використання препаратів нейротрофічних факторів дозволяє мінімізувати або нівелювати ототоксичну дію певних речовин, що вказує на протекторну дію цих препаратів. Дана властивість трофіну є перспективою в лікуванні гострої сенсоневральної приглухуватості.

А. Р. Вікол

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЕВЕНТРАЦІЇ

Кафедра хірургії №2

М. А. Гудзь (завуч кафедри, доц., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: лікування післяопераційної евентрації досі залишається до кінця не вирішений питанням. Частота виникнення даного ускладнення 0,5% - 2,4%.

Мета: аналіз методики лікування післяопераційної евентрації.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз даних історій хвороб Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (ВМКЛ ШМД). Огляд та аналіз наукової літератури, статей та доповідей з ресурсів PubMed, Medicare, Medline, Scopus.

Результати: за даними історій хвороб ВМКЛ ШМД в період 2018-2023 років спостерігалось 23 випадки післяопераційної евентрації, з яких 4 - повна евентрація, 19 - часткова евентрація. Основна причина цього ускладнення - внутрішньочеревна гіпертензія, що може виникати при багатьох патологіях органів черевної порожнини. Метод лікування підбирається

індивідуально, залежно від загального стану пацієнту, стану рани, ступеня та своєчасності діагностування. Визначають чотири ступені евентрації: I (підшкірна) - розходження всі шарів черевної стінки, крім шкіри; II (часткова) - розходження всіх шарів черевної стінки, на дні рани - петлі кишечника; III (повна) - рана виповнена петлями кишечника; IV (справжня) - вихід органів черевної порожнини через рану. Підшкірна та часткова евентрація піддаються консервативному лікуванню протягом 15-20 діб - суворий ліжковий режим, накладання щільного биндажу на живіт, профілактика ранової інфекції, регулювання функціонування кишечника, стимуляція регенеративних процесів організму та усунення супутніх патологічних станів. Надалі, після нормалізації стану пацієнта і по закінченню консервативного лікування проводять реконструктивні операції в оптимальний період часу – найближчі 2-3 місяці, але не пізніше 6 місяців для уникнення утворення великих вентральних гриж, що призводить до інвалідизації. Найважчим процесом є лікування повної та справжньої евісцерації, оскільки такий стан виникає частіше всього у ослаблених пацієнтів і хворих похилого віку. Єдиний варіант лікування – операція в найкоротші строки. Втрата часу загрожує смертю, хоча, водночас, важкий стан пацієнта дає високий відсоток летальності на операційному столі. Важливу роль у виборі техніки оперативного втручання також відіграє стан рани. При асептичній евентрації проводять ревізію та санацію рани, глухе зашивання черевної стінки 8-подібними швами через всі шари з розвантажувальною фіксацією (марлевий джгут, трубок з гуми). При евентрації в гнійну рану виконують ретельну санацію евісцерованих органів з їх обережним зануренням, висічення некротизованих країв рани, послідує дренажування та зашивання рани з укріпленням передньої черевної стінки.

Висновки: на даний час залишається відкритим питання хірургічної тактики у випадку післяопераційної евісцерації. Більшість лікарів сходяться на думці, що основна тактика повинна бути спрямована на зниження внутрішньочеревного тиску, санацію рани та укріплення передньої черевної стінки для запобігання рецидивів.

А.Р. Вітюк, Н.В. Колейко

ОБІЗНАНІСТЬ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ ПО НАДАННЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ У ХІРУРГІЇ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Я.В. Карий (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Торакотравма складає 12-15% у структурі травматизма. Частка абдомінальних травм складає 6,0-14,9%. Кровотеча залишається основною причиною летальності у 30-60% травмованих при несвоєчасній первинній медичній допомозі. Тому обізнаність студентів щодо надання первинної медичної допомоги при невідкладних станах у хірургії є актуальною.

Мета: визначити рівень обізнаності студентів медичних факультетів по наданню первинної медичної допомоги при невідкладних станах у хірургії.

Матеріали та методи. Було проведено опитування студентів медичного факультету №1, 2 на платформі [<https://www.google.com/intl/ru/forms/about/>] . У дослідженні взяли участь 100 студентів III-IV курсів. Середобстежених хлопців було 43, дівчат – 57. Опитуваним було запропоновано 25 запитань (10 запитань по наданню першої медичної допомоги при кровотечах, 10 запитань – при торакотравмі, 5 запитань – при травмі органів черевної порожнини).

Результати. За результатами опитування 55,3% студентів знають класифікацію кровотеч. 88,3% студентів правильно орієнтуються у тимчасових способах зупинки артеріальної кровотечі. Лише 32% опитаних дали правильні відповіді по тимчасовим способам зупинки венозної кровотечі. Кращі знання у студентів щодо остаточних способів зупинки кровотеч: 82,5% знають способи остаточної зупинки кровотеч та послідовність дій пов'язаних з ними. У цілому: 73,6% студентів обізнані по наданню первинної медичної допомоги при кровотечах; 20,4% дали правильну відповідь на більшість запитань, але допускали помилки; 6% не достатньо орієнтуються по цій темі.

71,6% студентів знають класифікацію торакотравми. 77,5% опитаних знають симптоматику пневмоторакса, 70,6% - гемоторакса. 85% студентів правильно орієнтуються у наданні первинної медичної допомоги при пневмотораксі, лише 40,3% - при гемотораксі. У цілому: 62% студентів обізнані по наданню первинної медичної допомоги при торакотравмі; 27,4% дали не повну відповідь; 10,6% не достатньо орієнтуються по даній темі.

75,8% опитаних знають основні ознаки закритої та відкритої травми органів черевної порожнини. 82,8% студентів обізнані по наданню первинної медичної допомоги при закритих травмах органів черевної порожнини, 79,8% - при відкритих травмах. У цілому: 68,4% студентів обізнані по наданню первинної медичної допомоги при травмах органів черевної порожнини; 20,2% дали не повну відповідь; 11,4% не достатньо орієнтуються.

Висновки. Таким чином, 68% студентів обізнані по наданню первинної медичної допомоги при невідкладних станах у хірургії; 22% дали не повну відповідь; 10% не достатньо орієнтуються, що доводить необхідність повторення та удосконалення знань студентів по даним темам.

М. Гаджиева

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ РОЗРИВУ МЕНІСКА В КОНТЕКСТІ КЛІНІКО-АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Кафедра загальної хірургії

А.П. Превар (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: латеральний та медіальний меніски - анатомічні структури колінного суглоба, що за своєю природою є хрящовими тканинами і виконують амортизаційну функцію, беручи на себе 50% навантаження при розгинанні та 85% навантаження при згинанні у колінному суглобі. В залежності від кровопостачання виділяють наступні зони менісків: червона, перехідна, біла. Згідно оцінок, частота виникнення розривів даних анатомічних утворень становить 60-70 на 100000 осіб. У клінічній практиці частіше зустрічаються розриви саме медіального меніска, так як він міцно зафіксований до капсули колінного суглоба та менш рухливий, ніж латеральний меніск.

Мета: дослідити сучасні особливості лікування розривів менісків колінного суглоба в залежності від зони, в якій відбулося пошкодження.

Матеріали та методи: у відділенні травматології та ортопедії 11 МКЛ міста Одеса було проведено аналіз скарг 54-ох пацієнтів на болі в колінному суглобі, що виникли після травм. Їм були призначені додаткові методи обстеження, що включали у себе МРТ-діагностику та УЗД колінного суглоба.

Результати: у 32-ох (59,2% від загальної кількості) пацієнтів травми колінного суглоба призвели до розривів менісків. У 26-ох пацієнтів було підтверджено розрив медіального

меніска колінного суглоба, що складав 81,25% від загальної кількості випадків, у 8-ох пацієнтів було підтверджено розрив латерального меніска, що складав 18,75% від загальної кількості випадків. Пацієнтам з розривом меніска в червоній зоні була рекомендована консервативна терапія, що включала у себе використання НПЗЗ для усунення болю, так як розриви, що виникли у даній зоні мають тенденцію до самостійного загоєння завдяки належному кровопостачанню. У випадку розривів в перехідній та білій зонах меніска, що не кровопостачаються, було рекомендоване малоінвазивне хірургічне втручання – артроскопія з подальшою менісектомією.

Висновки: артроскопія, на відміну від відкритого оперативного втручання, дає змогу чітко візуалізувати ділянку розриву меніска колінного суглоба. Це дозволяє в подальшому видалити саме пошкоджену тканину та зберегти життєздатну, попередивши таким чином розвиток передчасного остеоартрозу.

А.В.Гандзюк, А.С.Старшикова
**ВАКУУМ-АКТИВНА ТЕРАПІЯ У ПОРІВНЯННІ ЗІ ЗВИЧАЙНИМИ РАНОВИМИ
ПОВ'ЯЗКАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ НИЖНІХ
КІНЦІВОК**

Кафедра травматології та ортопедії

А.В.Макогончук (к. мед. н., доц)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: VAC-therapy (терапія за допомогою вакууму)— сучасна новітня методика лікування ран, що значно поліпшує перебіг усіх стадій ранового процесу: зменшує локальний набряк, сприяє посиленню місцевого кровообігу, знижує рівень мікробного обсіменіння, призводить до відносно швидкого зменшення ранової порожнини, скорочуючи термін загоєння. Терапія ран негативним тиском є технікою досягнення загоєння ран у пацієнтів із вогнепальними ранами нижньої кінцівки; Уповільнене загоєння ран або навіть незагоєння є серйозною проблемою для здоров'я.

Мета: Оцінити клінічну ефективність VAC-терапії у порівнянні зі звичайними пов'язками при лікуванні вогнепальних поранень нижніх кінцівок у пацієнтів.

Матеріали та методи: Результативність пов'язок VAC була продемонстрована в кількох рандомізованих контрольованих дослідженнях у статтях PubMed, Scopus. Шістдесят пацієнтів віці від 40 до 70 років проспективно досліджували на наявність вогнепальних поранень і рандомізували на 2 групи. Пов'язку VAC зберігали протягом 2-7 тижнів. Їх лікували до моменту спонтанного закриття рани, хірургічним шляхом або до завершення 50-денного періоду, залежно від того, що було раніше.

Результати: До сьомого тижня виділення зникли у 96 % у групі VAC і лише у 54 % у групі звичайних пов'язок. Грануляційна тканина з'явилася у 100 % пацієнтів у групі VAC і лише у 63 % у групі звичайної пов'язки. Пацієнти, які отримували пов'язку VAC у нашому дослідженні, продемонстрували порівнянну здатність до зменшення розміру рани із середнім зменшенням розміру рани на 56 % порівняно з групою пацієнтів, які використовували звичайну пов'язку, у якій середній розмір рани зменшувався на 29 %. Більшість ран у групі VAC закрили через 7 тижнів. Задоволеність пацієнтів була відмінною у більшості пацієнтів у групі VAC порівняно з пацієнтами в групі звичайної пов'язки.

Висновок: Отже, лікування за допомогою VAC-системи показало значно швидші темпи загоєння ран порівняно зі звичайною терапією ран. Терапія ран з допомогою вакууму сприяє

швидкому формуванню здорової грануляційної тканини на відкритих ранах нижньої кінцівки, таким чином скорочуючи час загоєння та мінімізуючи процедури покриття вторинних дефектів м'яких тканин.

Я. Д. Гладкий, Е. І. Заремба

ГОСТРИЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПАНКРЕАТИТ: ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ТА ВІДКРИТИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра хірургії №2

Т.В. Форманчук (к. мед. н., доцент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: гострий післяопераційний панкреатит (ГПОП), як різновид травматичного, є однією з найменш досліджених причин післяопераційних ускладнень. Частота гострого післяопераційного панкреатиту після абдомінальних операцій складає від 1,5 до 7% та може сягати до 30% після ендоскопічних транспапілярних втручань та при резекціях підшлункової залози. Летальність при деструктивних формах гострого післяопераційного панкреатиту складає від 25 до 40% (Ничитайло М.Ю., Підмурняк А.А., 2011; Haoda Chen, 2020). В аналізованій літературі визначення поняття ГПОП є варіабельним. Досі немає єдиного уніфікованого визначення та критеріїв постановки діагнозу ГПОП, симптоми даної патології є не чіткими, так як нашаровуються на ранній післяопераційний період.

Мета: проаналізувати частоту виникнення та особливості перебігу ГПОП після відкритих абдомінальних та ендоскопічних транспапілярних втручань.

Матеріали та методи: про- та ретроспективно проаналізовано результати лікування пацієнтів з ГПОП, які знаходились на лікуванні в 2020 році в КНП «МКЛ ШМД» та ВОКЛ ім. М.І. Пирогова.

Результати: всього у 2020 році на лікуванні з приводу гострого панкреатиту перебувало 335 пацієнтів, з них у 30 (8,9%) було діагностовано ГПОП. Діагноз ГПОП визначали на основі підвищення рівня амілази в сироватці крові вище нормальної верхньої межі закладу у перший післяопераційний день. Розподіл хворих з ГПОП наступний: у 10 (33,3%) пацієнтів ГПОП розвинувся після відкритих абдомінальних втручань, у 20 (66,7%) хворих – після транспапілярних ендоскопічних втручань. У 25 хворих ГПОП виник після оперативного втручання з приводу доброякісної патології, у 5 – з приводу злоякісної. Серед основних патологій, після хірургічної корекції яких розвинувся ГПОП, домінували: жовчнокам'яна хвороба та її ускладнення – 14; рак Фатерова соска – 5; перфоративна виразка ДПК – 6; інші патології – 5. Варто відмітити, що ГПОП зустрічається значно частіше, ніж діагностується. Це пов'язано зі стертістю клінічної симптоматики на фоні післяопераційного знеболення та інфузійної терапії, парезу кишківника.

Висновки: ГПОП склав 8,9% в структурі гострого панкреатиту, проте даний показник не є остаточним, оскільки часто безбольові варіанти ГПОП протікають під маскою інших патологій та не враховуються статистично. Серед причин виникнення ГПОП транспапілярні втручання вдвічі переважали відкриті абдомінальні - 66,7% та 33,3% відповідно.

Я. Д. Гладкий, Е. І. Заремба
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ АКУСТИЧНОЇ ТРАВМИ ВУХА

Кафедра ЛОР-хвороб

А. І. Барціховський (к. мед. н., доцент ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Акустична травма вуха є актуальною проблемою для українських лікарів, у зв'язку із війною. Збільшення кількості поранених, які постраждали від російського вторгнення поставило перед лікарями ЛОР-спеціальності питання щодо лікування акутравми, отриманої під час бойових дій. Існуючі протоколи є застарілими та малоефективними. У зв'язку з цим є потреба у пошуках альтернативи лікування серед країн, які мають такий досвід.

Мета: Проаналізувати та порівняти протоколи лікування акутравми вуха, які надано у міжнародних і вітчизняних клінічних протоколах відповідно етапам медичної евакуації.

Матеріали та методи: Ретроспективний огляд міжнародних і вітчизняних клінічних протоколів лікування акутравми, рекомендацій наукових досліджень електронних баз даних PubMed, Scopus, MedScare, DuodecimMedical Publications за період 2006-2022 років.

Результати: Tunis Military Hospital на основі своїх досліджень пропонує використовувати терапію, що включає в'в введення системних кортистероїдів протягом 10 днів, із подальшим переходом на per os разом із периферичними вазодилаторами протягом 1-3 місяців, поєднуючи це із гіпербаричною оксигенацією (ГБО).

Італійськими вченими було проведено дослідження на трьох рівномірно поділених групах пацієнтів. Терапія I групи включала ГБО, II групи – оральні кортикостероїди (OS), III групи – комбіновану терапію (ГБО+OS). За результатами виявлено ефективність комбінації ГБО і OS у лікуванні акутравми, особливо якщо лікування починається протягом 14 днів від появи симптомів.

Польськими дослідниками доведено дієвість лікування акутравми за допомогою ГБО в поєднанні зі стероїдами. Значне покращення відмічалось при умові початку лікування протягом 7 днів після акустичної травми. Побічних ефектів терапії не спостерігалось.

У США розроблено рекомендації на основі результативності лікування акутравми. На першому плані терапія OS протягом 14 днів. Рідше застосовується варіант проведення ГБО+OS протягом 2 тижнів від початку.

У вітчизняних протоколах для лікування акутравми рекомендовано кортикостероїди, L-лізин, ноотропи, центральні вазодилатори, спазмолітики, вітаміни групи B, АТФ, десенсибілізуючі, заспокійливі засобів, препарати, що покращують реологічні властивості крові, парамеатальні блокади з прозерином, лазеротерапія, вібромасаж барабанних перетинок, ЛФК, масаж у період подальшої реабілітації. В більшості міжнародних протоколів не згадуються вказані вище групи препаратів.

Висновки: Таким чином, більшість міжнародних клінічних протоколів доводять ефективність лікування акустичної травми вуха комбінацією системних кортикостероїдів, бетагістину та периферичних вазодилаторів, що доцільно для застосування з перших ланок евакуації. На третинному рівні надання спеціалізованої ЛОР-допомоги можливим є використання ГБО і більш широкого переліку препаратів (гіпертонічний розчин глюкози, центральні вазодилатори, препарати, що покращують мікроциркуляцію, ноотропи, вітаміни групи B, АТФ, спазмолітики, заспокійливі засоби).

А.В. Голубець, Д.Р. Якобчук, А.П. Черначук
**УЛЬТРАЗВУКОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ (POCUS
FAST-ПРОТОКОЛ) У РОБОТІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ**
Кафедра анестезіології, ІТ та МНС
Е.М. Дмитрієва (асистент)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: The Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) - це УЗ протокол, який призначений для швидкого визначення наявності рідин у ділянках та просторах, які найчастіше піддаються травматизації. Безпечність, значна ефективність та портативність методики являється актуальною під час бойових дій, адже обстеження проведене ще у період сортування допоможе швидко поставити діагноз та виключити найбільш тяжкі ускладнення.

Мета: На основі закордонних досліджень визначити ефективність проведення УЗД лікарем-анестезіологом на етапі первинної кваліфікованої медичної допомоги у військових умовах. Оцінити кількість часу необхідного для опанування даної методики обстеження.

Матеріали і методи: У процесі роботи було вивчено та систематизовано закордонні фахові статті (PubMed, SpringerLink), проаналізовано інтернет-видання наукових журналів та монографій з даної теми (Lippincott, JSOM), ознайомлено з іноземними ресурсами (POCUS Certification Academy).

Результати: УЗ протокол FAST дозволяє лікарю невідкладної допомоги негайно оцінити стан потерпілого, провести швидку диференційну діагностику, встановити точний діагноз та визначити об'єм надання медичної допомоги на певному етапі евакуації. Гідро-, пневмоторакс, гідроперикард, гідроперитонеум найбільш складні ускладнення, які у військових умовах через обмеженість інструментальної діагностики можуть призвести до смерті. У дослідження проведене спеціалістами Royal Centre for Defence Medicine, UK на базі госпіталю в Афганістані у 2014 році щодо оцінки ефективності використання FAST та КТ у воєнних умовах було включено 468 поранених. Близько 398 людей було обстежено за допомогою FAST-протоколу та 403 було проведено КТ. Отримані результати УЗД допомогли уникнути хірургічного лікування у 37 пацієнтів, а проведена томографія запобігла виконанню лапаротомії 78 пацієнтам зі 159 з абдомінальною травмою. Варто зазначити, що для оцінки стану пацієнта за допомогою таких методик, не обов'язковою є наявність спеціалізації радіолога. Науковцями Association of Military Surgeons of the US, якими у 2020 році було проведено рандомізоване дослідження, що включало 34 лікарів, які не проходили тренінги з УЗД, а також 20 лікарів МНС (порівняльна група), які склали не менше 20 екзаменів по eFAST. Для учасників було здійснено 4-годинне тренування по eFAST-протоколу. Загальні знання по eFAST у 34 непрофільних лікарів до навчання склали 27%, після навчання - 83%. Статистично значущої різниці між медиками та порівняльною групою по проходженню фінального тестування виявлено не було.

Висновки: Отже, протокол FAST - це інноваційний метод обстеження пацієнта лікарем-анестезіологом в екстремальних умовах. FAST-протокол має високу специфічність, портативність, доступність та для його освоєння не потрібно багато часу, проте існують також недоліки цієї методики, а саме низька її чутливість. Тому на даний час ведуться дискусії стосовно методів викладання та принципів застосування цього протоколу в реаліях екстренної та воєнної допомоги.

В.Ю.Грач
**ЗАСТОСУВАННЯ ТАКТИКИ "DAMAGE CONTROL" НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ
ЕВАКУАЦІЇ**

Кафедра хірургії №2 з курсом "Основи стоматології"

В.І.Галунко (асист)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Damage control- це компонент схеми лікування пацієнтів з поєднанням абдомінальної травми та нестачі резервів фізіологічних механізмів, щоб перенести остаточне хірургічне втручання. Та, незважаючи на досить простий підхід, дана методика широко застосовується в країнах Європи, США та Україні під час воєнного стану.

Мета: довести ефективність використання комплексу заходів Damage control surgery та сформувані основні етапи надання хірургічної допомоги в стаціонарі.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз наукових журналів та статей за останнє сторіччя із ресурсів PubMed, MedScare, аналітичний, системний, описовий методи, клінічне спостереження важко поранених пацієнтів унаслідок бойових дій.

Результати: тактика багаторічного хірургічного лікування ґрунтується на запобіганні виникненню небажаних наслідків через тяжкість травм. Damage control surgery реалізується в три етапи. Основними завданнями на 1-етапі лікування є:

- досягнення гемостазу, відновлення зовнішнього дихання інтубацією трахеї та конікотомією,
- запобігання подальшій контамінації порожнин і тканин тіла вмістом порожнистих органів з накладанням одного ряду безперервних швів при невеликих забійних ранах, встановлені тимчасової підвісної стоми або відмежування ураженої ділянки тампонами,
- тимчасова герметизація порожнин, закриття ран, медична транспортна іммобілізація при переломах кісток тазу та кінцівок.

В свою чергу, зупинку кровотеч проводять шляхом перев'язки дрібних або бічних стінок пошкоджених магістральних судин; тимчасове протезування останніх; накладанням м'яких затискачів на судини в ділянці анатомічних воріт паренхіматозних органів (серед них нирки, селезінка) або видалення при їх руйнуванні ; накладання джгута (у разі відривів та руйнувань кінцівок); перев'язка місць крововиливу. **Н.В!** тампонаду можуть виконувати з метою реанімації та тривалого гемостазу. Етап 2- стабілізація життєво важливих функцій. Хворий знаходиться в відділенні реанімації, де здійснюють інфузійну підтримку ОЦК, корекцію коагулопатій,

усунення ацидозу, водно- електролітних порушень, тривалу ШВЛ, профілактична антибіотикотерапія, підтримка температури. Після досягнення цих показників реалізується 3-етап хірургічного лікування всіх ушкоджень. З них до першочергових відносять остаточне відновлення магістральних судин у просвіті, тазу та кінцівках; повторну ревізію тампонованих областей з остаточною зупинкою кровотечі; реконструктивні втручання на порожнистих; санація та дренивання порожнин та клітинних просторів. Робота клініки невідкладної хірургії КНП ВМКЛ ШМД полягає в забезпеченні 3 етапу Damage control.

Висновок: отже, Damage control тактика застосовується для порятунку життя важко поранених пацієнтів. Сенс якої полягає в наданні невідкладної допомоги (1 етап) з віддаленим виконанням реконструктивних операцій після стабілізації вітального стану (3 етап). Другий етап включає заходи реанімації та інтенсивної терапії.

А.В. Грижимайло, В.Л. Павленко
**ВАКУУМНИЙ ДЗВІН ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННЮ
ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячої хірургії

А.І. Сасюк (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: хірургічне втручання – остання інстанція, яка є актуальною при певному ряду невідкладних станів або ж при відсутності результатів консервативної терапії. В свою чергу, останніми роками набирає популярності використання вакуумного дзвону в корекції лійкоподібної деформації грудної клітки у дітей. Важливою перевагою останнього методу є простота використання та відсутність ускладнень, що виникають при хірургічному лікуванні.

Мета: опрацювання результатів та простежування в динаміці лікування ЛДГК у дітей шляхом використання вакуумної терапії за період 2020 – 2022 років.

Матеріали та методи: збір анамнезу захворювання 63 дітей (хлопчики/дівчатка = 38/25) віком 5-18 років з ЛДГК I-III ступеня. Середній вік дітей склав 11,8 років. Серед пацієнтів найбільш частою виявилася II ст. деформації (39 дітей [62%]), друге місце за чисельністю посіла I ст. деформації (17 дітей, [26,9%]), третє – III ст. (7 дітей [11,1%]). Середнє значення глибини лійки: 2,3 см. Діаметр вакуумного дзвону, яким користувалися: 12 см – 12 чол. (19,4%); 15 см – 35 чол. (56,4%); 18 см – 4 чол. (6,5%); 21 см – 11 чол. (17,7%). Середня тривалість використання вакуумного дзвону склала 15,8 місяців.

Результати: досягнута позитивна динаміка лікування у 60 (95%) дітей. Негативна динаміка зафіксована у 3 (5%) пацієнтів віком 11 (II ст.), 7 (II ст.), 12 років (III ст.), на п'ятнадцятому, двадцятому та п'ятнадцятому місяці лікування відповідно.

Висновки: 1. Щоденна терапія вакуумним дзвоном (день/ніч), переважно нічна (4/5 год/на добу) продемонструвала відмінний результат в якості позитивної динаміки у 95% хворих. 2. 5% від загального числа досліджуваних отримали негативну динаміку внаслідок використання вакуумного дзвону.

А.С.Грищенко, Я.В. Зімбовський
**ВИКОРИСТАННЯ СОРБЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-
ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ**

Кафедра загальної хірургії

О.А. Вільцанюк (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Одним із актуальних питань сучасної хірургії залишається питання місцевого лікування гнійно-запальних процесів (ГЗП), які мають важкий перебіг та високий ризик виникнення ускладнень. Більшість антибіотиків та антисептиків, які класично використовують для лікування ГЗП, мають низьку ефективність через збільшення кількості штамів антибіотикорезистентних мікроорганізмів. Використання сорбентів для місцевого лікування ГЗП, які у процесі адсорбції зв'язують ексудат, токсичні метаболіти та мікроорганізми з поверхні гнійного осередку, запобігаючи їх резорбції, дозволить покращити результати лікування цих процесів.

Мета роботи: Дослідити ефективність та перспективи використання сорбентів для лікування гнійно-запальних процесів, їх переваги та недоліки.

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури, баз даних Scopus, Web of science, Pub Med за 2016-2022 р.

Результати: Вимогами до сорбентів є відсутність пошкоджуючої, подразнюючої дії на тканини, селективність до компонентів гнійного ексудату. Найбільше відповідає цим вимогам діоксид кремнію. Він у процесі адсорбції знижує гіпергідратацію та гіпоксію тканин, покращує мікроциркуляцію та обмінні процеси, зменшує ацидоз, є лімфопротектором та лімфокоректором, має виражені каталітичні властивості. Це дозволяє при комплексному лікуванні гнійно-запальних процесів прискорити в 1,5-2 рази регенерацію тканин. Сорбенти на основі нанокремнезему, у порівнянні з іншими сорбентами, мають високу сорційну ємність щодо білків та мікроорганізмів. При використанні у комбінації з антибіотиками та антисептиками, проявляють антиоксидантні властивості та сприяють скороченню 1 фази ранового процесу. Серед сорбентів заслуговує уваги «Ентеросгель», який має селективну дію до речовин середньої молекулярної маси та майже не зв'язує електроліти, іони та мінеральні солі. Він має високу біо- та гемосумісність. За даними літератури, для лікування ГЗП широко використовуються вуглецеві сорбенти, цеоліти та інші групи сорбентів. В зв'язку з розвитком нанотехнологій, у літературі є повідомлення про використання сорбентів, разом з наночастинками металів, що дозволяє надати препаратам на їх основі високої антимикробної активності та сорбційної здатності.

Висновок: Численні дослідження доводять ефективність сорбційних технологій при лікуванні ГЗП. Сорбенти мають різноманітну хімічну структуру, що дозволяє використовувати їх в залежності від характеру патологічного процесу. Модифікація сорбентів наночастинками металів та антимикробними засобами дозволяє отримати препарати комбінованої дії для лікування ГЗП.

О.Є. Гріжимальська

ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ВИКОРИСТАННЯ ГАДЖЕТІВ НА СТАН БУЛЬБАРНОЇ КОН'ЮНКТИВИ У СТУДЕНТІВ

Кафедра очних хвороб

Т.М.Жмудь (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З швидким розвитком технологічного прогресу молоді люди все більше часу використовують гаджети як в своїй професійній діяльності, так і в якості відпочинку. Відомо, що тривале перебування за монітором шкодить передній поверхні ока, викликаючи зміни, які характерні для хвороби сухого ока (ХСО) і серед молоді складають 40 %, причому з віком частота збільшується. Єдиним об'єктивним методом дослідження клітин бульбарної кон'юнктиви є метод імпресійної цитології.

Мета: Оцінити стан бульбарної кон'юнктиви у молодих людей методом імпресійної цитології у відповідь на тривале використання гаджетів.

Матеріали і методи: Дизайн дослідження складав 40 студентів (80 очей) віком від 18 до 20 років ($19 \pm 1,2$). Всім студентам було проведено загальні офтальмологічні дослідження, в тому числі частота кліпань за хвилину та імпресійна цитологія бульбарної кон'юнктиви з темпорального боку. Зміни бульбарної кон'юнктиви оцінювались за класифікацією Нельсона. Критерій включення в дослідження: час проведення за гаджетами не менше 6 годин на добу. Критерії виключення: користувачі контактних лінз, хронічні захворювання повік, цукровий діабет, системні захворювання сполучної тканини, хвороба Шегрена..)

Результати: Проведені морфологічні та морфометричні дослідження бульбарної кон'юнктиви показали, що більшість досліджуваних (35 студентів, що становить 87,5 %) мали нормальний епітеліальний стан передньої поверхні ока, що відповідає 0-1 ступеням за Нельсоном, в той час як 5 студентів мали зміни у вигляді часткової сквамозної метаплазії, що відповідало II ступеню за Нельсоном і склало 12,5 %. Частота кліпання була зниженою у 27 досліджуваних, що становило 67,5 %.

Висновки: Результати наших досліджень показали, що 12,5 % студентів мали зміни епітелію бульбарної кон'юнктиви, що відповідало II ступеню за Нельсоном, що може розглядатися як адаптивно компенсаторні процеси, у відповідь на довготривале використання гаджетів.

О.О. Дерманська, І.А. Матяж

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОВЕДЕНОГО МЕТААНАЛІЗУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

В.Г. Дроненко (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні десятиліття спостерігається стрімкий ріст онкозахворюваності та смертності пацієнтів в більшості країн світу, не дивлячись на значний прогрес лікувально-діагностичних методик та існуючих рекомендацій щодо профілактики blastom. Отже в найближчій перспективі максимум зусиль буде направлено на вирішення даної проблеми. В значної частини таких пацієнтів спостерігається коморбідна психологічна дезадаптація. Психогенні реакції, які формуються як реакція на усвідомлення важкості онкологічного захворювання, а також на думки про можливість летального результату або рецидиву, значно обтяжують загальний стан пацієнтів та ведуть до соціальної відчуженості, девіантної поведінки.

Мета: Проаналізувати статистичні дані по рівню розповсюженості коморбідних психоемоційних розладів (ПЕР) в онкологічних пацієнтів, впорядкувати їх структуру по відсотковому співвідношенні.

Матеріали та методи: Дослідження сучасних науково-метричних публікацій: Medscape, PubMed, PsycINFO, EMBASE і CINAHL, NCBI та Google Scholar, «Здоров'я України».

Результати: Загальний рівень виявлених проявів коморбідних ПЕР у пацієнтів із онкологічними захворюваннями у різних наукових джерелах коливається від 7% до 25%. Великий резонанс показників пояснюється тим, що в центрі уваги лікарів, як правило, знаходиться основне захворювання і його ускладнення, а супутнім психогенним реакціям не приділяється належна увага. Найменша поширеність психічних зрушень встановлена у пацієнтів із новоутвореннями дихальної системи – 3%, найбільша – при ураженні онкологічним процесом ШКТ – 31%, головного мозку – 28%. Серед психічних проявів домінувала депресія, на другому місці була тривога, на третьому – страх перед майбутніми негативними наслідками. В результаті усіх проаналізованих досліджень, об'єднана поширеність депресивних розладів становила 14-18% (при довірчому інтервалі 95%, похибкою 11–15%). Також, встановлена залежність між рівнем депресії і стадією захворювання: в гострій фазі – 28% (при ДІ 95%, похибкою 26-29%), в перший рік від початку терапії – 20 % (при ДІ 95%, похибкою 20-25%), після першого року лікування – 14% (при ДІ 95%, похибкою 12-16%).

Висновки: Наявність значної неоднорідності проаналізованих наукових досліджень та відсутність чітких критеріїв оцінки психічного стану онкохворих диктує необхідність розробки відповідних діагностичних стандартів для виявлення ПЕР у пацієнтів онкологічних відділень, адже «*Bene dignosatur, bene curatur!*». Також існує явна потреба у проведенні перспективних досліджень поширеності депресії, тривожності та фобій у хворих на рак у найближчому майбутньому для збору актуальних даних і можливості простеження динаміки змін структури домінуючих психоемоційних симптомів. Своєчасне виявлення та надання психологічної допомоги онкохворим є невід'ємною складовою боротьби з раком та покращення якості життя таких пацієнтів.

Р.В Дяченко, Є.А. Очеретна

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЄ УВІ СНІ, ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

Кафедра кафедра ЛОР-хвороб

О.Д. Бондарчук (доцент, к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: синдром обструктивного апноє уві сні (СОАС) - стан, що характеризується недостатнім розслабленням м'яких тканин глотки при частковій обструкції дихальних шляхів, зниженням легеневої вентиляції при збереженні дихальних рухів, як наслідок, виникає падіння рівня кисню в плазмі крові, що може призвести до різних захворювань з боку серцево-судинної та нервової систем. Дослідження в цій області можуть допомогти виявити нові методи лікування, зменшити ризики розвитку серйозних захворювань та покращити якість життя людей, що страждають від СОАС.

Мета: дослідити інноваційні методи діагностики та перспективи лікування СОАС.

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури та статей з оториноларингології, журналу «*Sleep Medicine*» у електронному форматі з використанням порівняльно-описового та теоретичного методів.

Результати: традиційні методи діагностики СОАС, такі як дослідження кисню крові, нічна поліграфія та відеодіагностика дозволяють оцінити лише деякі аспекти сна та дихання. Найбільш перспективним методом діагностики СОАС є полісомнографія (PSG). Це комплексний метод дослідження, який дозволяє вимірювати різноманітні біологічні параметри в процесі сну, включаючи дихання, рухи, мозкову активність та інші показники, що і відрізняє його від традиційних методів, які є менш точними.

У 2016 р. Дженіфер Л., Тейлор М. провели дослідження, яке показало, що PSG забезпечує точність виявлення СОАС у 87% випадків, що дозволило визначити та класифікувати різні типи СОАС, уникнути помилкових діагнозів і почати ефективне лікування.

Одним з інноваційних методів лікування є «*Smart CPAP*». На відмінну від традиційної CPAP-терапії, ця технологія забезпечує більш точне та індивідуалізоване лікування, зменшує неприємні ефекти за рахунок автоматичного регулювання тиску повітря в дихальних шляхах. У 2020 р. командою науковців з техаського університету було проведено дослідження на 12 пацієнтах з помірним та тяжким ступенем СОАС. Результати показали, що цей прилад дозволив знизити кількість інцидентів зупинки дихання вночі з середнього значення 28,8 в годину до 4,4 в годину після його застосування та покращити якість сну в цілому.

Висновок: СОАС є серйозним захворюванням, яке може привести до численних проблем зі здоров'ям. Останні роки характеризуються активними дослідженнями у галузі діагностики та

лікування цього захворювання. Застосування PSG є особливо корисним у випадках, коли інші методи діагностики не забезпечують достатньої інформації про стан дихальних шляхів під час сну. Щодо лікування, розроблено нові методи, такі як "Smart CPAP", які забезпечують більш індивідуальний підхід до лікування СОАС. Це дозволяє пацієнтам отримати більш комфортні умови для лікування та зменшити кількість негативних ефектів від використання неперервної позитивної терапії повітря (CPAP).

Ю. О. Зелінський, А. Р. Музиченко, І. В. Стебловська
**ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКА ФАКТОРА ФОРМИ НЕЙТРОФІЛЬНИХ
ГРАНУЛОЦИТІВ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ГРИЖЕПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ ПАХОВОЇ
ГРИЖІ**

Кафедра загальної хірургії

М. І. Бурковський (к.мед.н., доцент), І. Н. Ошовський (к.мед.н., доцент)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Існуючі на сьогоднішній день лабораторні тести для діагностики гнійно-запальних процесів є або не зовсім точними, або суттєво коштовними для визначення. Велика кількість з них має тільки наукове значення і не застосовуються в медичній практиці. Тому розробка доступних та ефективних методів досліджень для діагностики та оцінки перебігу даних процесів є актуальною задачею сьогодення.

Мета: вивчити динаміку змін показника фактора форми нейтрофільних гранулоцитів (ФФНГ) у хворих з паховими грижами в післяопераційному періоді, неускладненому гнійно-запальним процесом.

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети в дослідження було включено 22 хворих (всі чоловіки) з паховими грижами, прооперованих в плановому порядку. Середній вік пацієнтів склав $55,2 \pm 5,5$ років. Всім їм в передопераційному періоді проводили необхідний комплекс лабораторних досліджень, а також додатково визначали показник фактору форми нейтрофільних гранулоцитів. Всі хворі були прооперовані з використанням способу грижепластики за Ліхтенштейном. При цьому застосовувалась одношарова поліпропіленова сітка легкої щільності – 40 г/м^2 . Післяопераційний період у всіх хворих був неускладнений. На 1 добу після операції визначали кількість лейкоцитів та ФФНГ, також ФФНГ визначався на 3 та 5 добу післяопераційного періоду. Для визначення ФФНГ брали мазки крові пацієнтів, зафарбовані за Романовським-Гімзою, що були застосовані для визначення лейкоцитарної формули. За допомоги мікроскопу та відеокамери (Microscope digital eyepiece MDC- 500) робили фото нейтрофільних гранулоцитів (10 – 12 зображень для дослідження при збільшенні $\times 800$). Фактор форми визначали за допомогою комп'ютерної програми ImageJ 1.52v. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою прикладної комп'ютерної програми STATISTICA 6.1.

Результати: Рівень лейкоцитозу у досліджуваних хворих до операції склав $7,5 \pm 0,7 \text{ Г/л}$, ФФНГ – $0,917 \pm 0,003$. На першу добу післяопераційного періоду лейкоцитоз був $7,4 \pm 0,6 \text{ Г/л}$. (даний показник не відрізнявся від відповідного в передопераційному періоді ($p > 0,05$)), ФФНГ склав $0,884 \pm 0,007$ (показник достовірно відрізняється від відповідного в передопераційному періоді ($p \leq 0,001$)). ФФНГ на третю добу склав $0,923 \pm 0,003$, даний показник достовірно відрізнявся від відповідного на першу добу ($p \leq 0,002$). На п'яту добу ФФНГ склав $0,915 \pm 0,008$ і також відрізнявся від відповідного на першу добу ($p \leq 0,05$).

Висновки: Фактор форми нейтрофільних гранулоцитів у хворих, що перенесли хірургічне втручання з приводу пахової грижі за способом Ліхтенштейна, на першу добу достовірно зменшується відносно показника в передопераційному періоді. На третю та п'яту добу відзначається його нормалізація. Кількість лейкоцитів, визначена на першу добу після операції, достовірно не відрізняється від показника до операційного втручання. Таким чином, показник фактору форми нейтрофільних гранулоцитів, що відображає їх функціональний стан, є більш чутливим щодо наявних механічно-травмованих тканин. Негативні зміни даного показника на 3-5 добу післяопераційного періоду можуть свідчити про наявний гнійно-запальний процес в ділянці післяопераційної рани.

А.С.Ігнат'єва

БАКТЕРІАЛЬНЕ ЗАБРУДНЕННЯ РАНИ У ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА

Кафедра Хірургії №2

В.Б.Рева (к.мед.н., доцент)

Буковинський державний медичний університет

м.Чернівці, Україна

Актуальність: Гнійно-некротичні рани у хворих на цукровий діабет (ЦД) є одними з найважчих ускладнень в гнійній хірургії. За різними джерелами біля 15% всіх хворих на ЦД страждає ускладненням у вигляді синдрому діабетичної стопи(СДС). Близько 1-1,5% хворих з СДС потребують ампутації нижніх кінцівок. Тріадою СДС є: нейропатія, зменшення кровопостачання та приєднання патогенної мікрофлори. Саме приєднання інфекції до сформованої рани на стопі істотно ускладнює перебіг хвороби та подальше лікування.

Мета: Визначити етіологію гнійних ускладнень у пацієнтів з синдромом діабетичної стопи та дослідити чутливість збудників до антибактеріальних засобів різних фармакологічних груп.

Матеріали і методи: В цій роботі представлено результати досліджень мікрофлори у пацієнтів хворих на СДС в поєднанні із гнійно-некротичними змінами нижньої кінцівки. Дослідження проводилися на базі хірургічного відділення №1 ОКНП ЛШМД м. Чернівці. Середній вік хворих становить 59.7 ± 11.3 . Обрано було 40 пацієнтів, яким було зроблено посів на мікрофлору. Посів робили на м'ясо-пептонний агар (МПА) та кров'яний агар з подальшою ідентифікацією збудників. Для виявлення антибіотикочутливості використовували диско-дифузний метод

Результати: Було встановлено, що найпоширенішим збудниками є *Staphylococcus aureus* (35%), *Proteus vulgaris* (17.5%) та *E.coli* (15%). У 7 пацієнтів висіяно змішану флору до складу якої входить *S. aureus* та інші мікроорганізми. У 3 хворих (7.5%) патогенної мікрофлори не виявлено. Одним з завдань, яке ми ставили перед собою було виявлення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків різних груп. Моноінфекція спричинена *S.aureus* була виділена у 14 пацієнтів та у 7 пацієнтів у складі змішаної інфекції. Найбільша чутливість була до лінезоліду (76%), гентаміцину (57%), ванкоміцину (57%),ампіциліну (42%), цефтріаксону (38%), тетрацикліну (38%).

Інфекція спричинена *P.vulgaris* був виявлений у 7 хворих та у 2 хворих у складі змішаної інфекції. Дані за чутливість: азтреонам (67%), амікацин (44%), піперацилін (44%), цефтріаксон (22%), норфлоксацин (22%), ампіцилін (22%),меропенем (22%),тетрациклін (22%). *E.coli* була виділена у 6 хворих в складі моноінфекції та у 2 хворих у складі змішаної інфекції. Антибактеріальними засобами вибору були : піперацилін (75%), іміпенем (63%), ампіцилін (50%),амікацин (50%), цефтріаксон (50%).

Висновки: Вчасне встановлення етіології гнійно-некротичних процесів в рані є запорукою швидкому загоєнню рани. Зважаючи на теперішню масову антибіотикорезистентність, важливо визначати чутливість до антибактеріальних засобів у кожного хворого з гнійними ускладненнями.

А.В. Калько

АНЕВРИЗМА АОРТИ:ВИДИ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Кафедра клінічної анатомії та оперативної хірургії

М. В. Бурков (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання є одною з головних причин смертності та інвалідності у світі. За даними ВООЗ аневризма аорти зустрічається у 4-5% населення світу. Більше 40% з них помирають від розриву аневризми протягом 3 років без оперативного втручання. Дослідження показали, що після комплексного лікування, оперативного втручання близько 50% пацієнтів оцінили свій стан здоров'я вище задовільного, тоді як з роками цей показник впав до 10%. Це свідчить про важкість перебігу даної хвороби та виникнення післяопераційних ускладнень. Аналіз зібраних даних може бути використаним для розробки ефективної лікувальної тактики з мінімальними ризиками для життя та здоров'я пацієнтів.

Мета: Проаналізувати наукові дані щодо методів лікування та профілактики ускладнень аневризми аорти.

Матеріали та методи: Статистичні дані ВООЗ, Національного інституту серця, легенів та крові США, інтернет джерела та наукова література.

Результати: Аневризма аорти, як і більшість серцево-судинних захворювань, трапляється у пацієнтів віком від 45 років, але бувають випадки і з пацієнтами віку 27 років та молодше. Така статистика пов'язана зі способом життя пацієнтів: погане харчування з високим вмістом жиру та солі, вживання алкоголю, куріння, малорухливий спосіб життя. Таким чином, вплив факторів ризику поєднано з віковими змінами в судинах, провокує виникнення даної патології. Лікування аневризми аорти залежить від її розміру та форми, а також від симптомів, наявних у пацієнта. У 30% випадках ускладнень з подальшим розшаровуванням або розривом аорти, було проведено оперативне лікування (хірургічне протезування, ендovasкулярна імплантація стент-графу), інтра- та післяопераційна летальність становила 48%. З неускладненими аневризмами було прооперовано 26%, з них у 2% наступила смерть у післяопераційному періоді. Методами анкетного опитування, клінічними та лабораторними реобстеженнями доведено, що у пізньому післяопераційному періоді, у пацієнтів спостерігаються погіршення стану здоров'я та якості життя пацієнтів. Так, вік, спосіб життя, об'єм проведеного оперативного втручання впливають на стан серцево-судинної системи, а в подальшому на організм пацієнта в цілому. На ранніх стадіях аневризма аорти проявляється без таких симптомів як розшаровування, збільшення більше ніж на 30-40% від норми, тому вчасне обстеження та лікування, попереджає погіршення стану здоров'я та якості життя у післяопераційному періоді.

Висновок: Отже, аневризма аорти – важке захворювання серцево-судинної системи, що у більшості випадках супроводжується ускладненнями. Вчасна діагностика та лікування, зменшують ризик летальності та погіршення стану здоров'я у післяопераційному періоді.

А.М. Квірікашвілі
**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХВОРОБИ ТА СИНДРОМУ КАРОЛІ,
ПРОБЛЕМАТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**

Кафедра хірургії №2

В.І. Галунко (асистент кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Каролі – це рідкісне генетично обумовлене вроджене захворювання, яке характеризується ураженням внутрішньопечінкових жовчних протоків по типу сегментарної необструктивної фіброзно-кістозної дилатації. Існує дві форми цієї хвороби: істинна або ізольована (простий тип), що обмежується розширенням великих внутрішньопечінкових жовчних протоків (ліва, права, сегментарні) та комплексна – складний перипортальний тип, відомий як синдром Каролі, який пов'язаний з вродженим фіброзом печінки з ураженням як центральних, так і малих периферичних жовчних протоків. Значна варіабельність клінічних симптомів, несприятливий прогноз захворювання потребують своєчасної діагностики та правильної тактики ведення пацієнтів.

Мета: Порівняти клінічні прояви хвороби та синдрому Каролі, ознайомити клініцистів із проблематикою їх діагностики та лікування.

Матеріали та методи: Проведено огляд літератури бази даних PubMed, MEDLINE, Web of Science; вивчено матеріали оглядових статей, описаних клінічних випадків. Використано методи аналізу, синтезу, порівняння.

Результати: При хворобі Каролі порушується прохідність жовчних протоків з подальшим формуванням каменів (інтрадуктальний літіоз). Захворювання проявляється болем у правому верхньому квадранті, свербінням шкіри, рецидивною жовчнокам'яною хворобою, холангітом з лихоманкою та жовтяницею, гепатомегалією, спленомегалією. При синдромі Каролі, крім зазначених симптомів, виникають ускладнення портальної гіпертензії: кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу, а в термінальних стадіях розвивається цироз з асцитом і печінковою енцефалопатією. Синдром Каролі часто поєднується з аутосомно-рецесивною полікістозною хворобою нирок, у важких випадках – з печінковою недостатністю.

В біохімічному аналізі крові визначається підвищення рівня білірубіну, лужної фосфатази, амінотрансфераз. Візуалізувати патологічні зміни біліарного тракту печінки можна при ультразвуковому дослідженні. Підтвердити діагноз дозволяють дані комп'ютерної томографії, МР-холангіографії, генетичного тестування. Для виключення холангіокарциноми, показано скринінгове визначення пухлинних біомаркерів.

Специфічного лікування не існує. Призначення патогенетичної терапії препаратами урсодезоксихолевої кислоти сприяє запобіганню утворення каменів у жовчних шляхах. Антибактеріальна терапія препаратами широкого спектру дії призначається при загостренні холангіту. Холецистектомія показана при рецидивному або рефрактерному до медикаментозної терапії холангіті, а також за наявності каменів, що перешкоджають відтоку жовчі. При локалізованих формах хвороби/синдрому Каролі (в межах однієї частки печінки) як радикальний метод проводять гемігепат або гепатобектомію, що також знижує ризик розвитку холангіокарциноми у таких хворих. При тяжкому рецидивному холангіті, печінковій недостатності або злякисній малігнізації методом вибору є трансплантація печінки.

Висновки: Враховуючи велику різноманітність клінічних симптомів, хворобу Каролі необхідно вносити до алгоритму диференційної діагностики при рецидивних болях у животі, які супроводжуються ознаками холестазу чи лихоманкою неясного генезу. Необхідна рання

діагностика хвороби та синдрому Каролі для запобігання ускладненням, поліпшення якості та збільшення тривалості життя пацієнтів, які страждають на це рідкісне захворювання.

В.В.Килимчук
**ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ БОЙОВІЙ ПРОНИКАЮЧІЙ
ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ**

Кафедра хірургії № 2
М.А.Гудзь (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: протягом останніх років із моменту повномасштабного вторгнення росії на територію України відзначається зростання кількості військовослужбовців, які отримали проникаючу торакоабдомінальну травму (ТАТ). Виникла необхідність оптимізації надання хірургічної допомоги на госпітальному етапі, оскільки зазначений вид отриманих ушкоджень потребує швидкої й точної діагностики, власне вдалої й оптимальної операційної тактики, а також здатності хірурга спрогнозувати, і, відповідно, зменшити прояви можливих ускладнень з боку паренхіматозних органів у післяопераційному періоді. Окрім того, при ТАТ реєструють тенденцію збільшення частоти пошкоджень діафрагми, які характеризуються важкістю клінічного перебігу і високою летальністю, а також можливими труднощами, що виникають безпосередньо під час самого інструментального виявлення розриву діафрагми.

Мета роботи: проаналізувати отримані результати лікування військовослужбовців ЗСУ після проведення лапаротомії з торакоскопією, спираючись на аналіз даних пацієнтів; визначити переваги застосування зазначеного методу при ТАТ у військовий час, а також порівняти його ефективність із проведенням лапаротомії в комбінації з торакотомією.

Матеріали та методи: аналіз даних 33 військовослужбовців ЗСУ, які отримали проникаючу ТАТ із переважними симптомами пошкоджень черевної порожнини, які перебували на лікуванні у військовому мобільному госпіталі м.Краматорськ у період із вересня 2022 по січень 2023. Середній вік пацієнтів становив $34,91 \pm 1.34$ роки.

Результати: військові мали пошкодження цілісності діафрагми, що підтверджувалося під час рентгенологічного обстеження високим стоянням діафрагми, порушенням рухової функції, нечіткістю контурів та пролабуванням органів черевної порожнини до грудної порожнини, у тому числі в плевральну порожнину. Поява пневмогемоперитонеуму була підтверджена за FAST-протоколом УЗД, а пошкодження печінки – за даними комп'ютерної томографії. Хворі підлягали невідкладному оперативному втручанням внаслідок вогнепального поранення у фронтальній площині. Через наявні симптоми кровотечі було виконано лапаротомію з ушиванням печінки, гемостазом, а також торакоскопію із видаленням гемотораксу. Післяопераційний період пройшов без ускладнень, рани загоїлися, дренажі були видалені. Рецидивів кровотечі або газового синдрому (підшкірної емфіземи, пневмомедіастинуму) не спостерігалось. У всіх випадках було досягнуто повне відновлення функції печінки та дихання.

Висновки: застосування лапаротомії в поєднанні з торакоскопією як одного з методів малоінвазивних технологій, показує високу діагностичну точність і практичність під час лікування з досягненням бажаного хірургічного ефекту (зниження больового синдрому за шкалою візуалізації болю на 7-ий день, зменшення перебування хворих у стаціонарі), є надзвичайно перспективним напрямом хірургії, що дозволяє уникнути проведення розкриття грудної клітки (торакотомії).

В.В. Кобець, В.В. Стельмашук
**КОНВЕРСІЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ, ПОКАЗИ ДО ЇЇ
ПРОВЕДЕННЯ**

Кафедра хірургії №2

М.І. Покидько (д.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: конверсія - перехід від лапароскопічного методу проведення до відкритого. Відповідно до статистичних даних дана маніпуляція проводиться у 2-15% випадків. Враховуючи низьку травматичність лапароскопічних операцій та порівняно швидкий відновний період, вказана методика набуває все більшої поширеності. Поряд з тим зменшується кількість випадків конверсії, проте вона не втрачає своєї актуальності.

Мета: визначити основні покази для конверсії, переваги та доцільність методу.

Матеріали і методи: опрацювання літературних публікацій наукового характеру, використовуючи бази платформ Web of science, Pub Med та Google Академія. Аналіз інформації та узагальнення даних.

Результати: в ході проведення лапароскопічної операції можливе виникнення ситуацій коли завершити операцію лапароскопічно неможливо або виникають характерні ускладнення, які змушують перейти до відкритої лапаротомії. Залежно від причини розрізняють профілактичну, тобто спрямовану на запобігання ймовірних ускладнень, та вимушену, орієнтовану на ліквідацію ускладнень які виникли, конверсії. Основними причинами вимушеної конверсії виступають: пошкодження порожнистих органів в ході операції, виникнення кровотечі яку неможливо зупинити за наявних умов. Профілактична конверсія проводиться у випадку технічних труднощів, пов'язаних з вираженими змінами запально-інфільтративного характеру, масивним спайково-злуковим процесом в ділянці органа, адже за таких умов зростає ризик ураження суміжних органів інструментально чи продуктами з вогнища запалення. Також частку конверсій становлять ті, які проводять через вихід з ладу необхідного інструментарію, внаслідок зміни діагнозу в ході оперативного втручання, виявлення індивідуальних анатомічних особливостей, які ускладнюють чи унеможливають продовження лапароскопії. Зміна методу проведення операції може носити різні наслідки для пацієнта, зокрема це безпосередні ускладнення на фоні вимушеної конверсії, наприклад масивна кровотрата, перитоніт. До того ж, конверсія подовжує час операції, що збільшує ризику для пацієнта.

Висновок: таким чином, конверсія - процедура що дозволяє уникнути розвитку чи ліквідувати наявні ускладнення під час лапароскопічної операції. Основними показами є кровотеча, пошкодження суміжних органів, наявність значних перешкод для доступу до органа, зміна діагнозу та вихід з ладу інструментів. Проте конверсія має і ряд недоліків. Тому для зменшення частоти її проведення необхідними заходами є підвищення кваліфікованості лікарів, що дозволить мінімізувати інтраопераційні травми та поліпшення діагностики задля правильного вибору методики проведення оперативного втручання.

Н.Д. Ковальчук, К.С. Бурдейна
**ТОТАЛЬНА ПАНКРЕАТЕКТОМІЯ З АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ КЛІТИН
ЛАНГЕРГАНСА ТА ЗВ'ЯЗОК ІЗ АДЕНОКАРЦИНОМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ
ЗАЛОЗИ: МЕТА-АНАЛІЗ**

Кафедра хірургії №2

О.В. Гончаренко (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Повне видалення підшлункової залози із дванадцятипалою кишкою із наступною пересадкою власних клітин Лангерганса у портальну систему печінки (total pancreatectomy with islet autotransplantation, далі – ТРІАТ) демонструє не лише високі рівні виживаємості пацієнтів та зникнення больового синдрому, але й кращий вплив на вуглеводний обмін у 70% пацієнтів у середньому. Одним із абсолютних протипоказань до нього є злякисні новоутворення підшлункової залози: вважається, що проведення аутоотрансплантації клітин Лангерганса після тотальної панкреатектомії при цих патологіях збільшує ризик рецидиву або утворення карциноми *de novo*. Проте дана інформація іде урозріз із даними багатьох публікацій у наукових базах. Такі протиріччя зумовлюють потребу у повноцінному систематичному огляді із аналізом ризику необ'єктивності для кожної з публікацій окремо, а також у повноцінній статистичній обробці з використанням усіх необхідних компонентів мета-аналізу.

Мета. Систематизувати дані щодо частоти рецидиву резектабельної аденокарциноми з високим ризиком післяопераційної фістули після ТРІАТ на основі публікацій у наукових базах даних за допомогою мета-аналізу.

Матеріали та методи. Відбір за клінічними критеріями та аналіз публікацій з наукових баз даних PubMed, Embase, Google Scholar, Web of Science та Scopus; оцінка ризиків за допомогою критеріїв SIGN 2014; Excel для побудови графіка Forest Plot та розрахунку гетерогенності; програма RevMed для побудови графіка-«воронки»

Результати. Було проаналізовано 45 публікацій з 1980 року по 2023, серед яких було відібрано 3 за такими критеріями: дослідження мають контрольну групу та відповідають типу «випадок-контроль»; діагноз поставлений у дорослих пацієнтів; наявність злякисності процесу підтверджена гістологічно; опубліковані дані є повними та є оптимальними згідно з критеріями SIGN 2014. Частота рецидивів склала 35,6% [95% CI 22-41, $P < 0,05$, $I^2 = 82\%$] у

порівнянні з контрольною групою 34,7% [95% CI 29-38, $P < 0,05$, $I^2 = 73\%$]. Використовувалася random effect model через високу гетерогенність. На графіку Forest Plot інтервали надійності не перетинали лінію відсутності ефектів, що свідчить про статистичну значимість результатів.

Висновки. Отримані результати є статистично значимими, проте демонструють високу гетерогенність за показником I^2 , що, у свою чергу, вказує на необхідність вкрай обережного підходу до практичного застосування ТРІАТ при лікуванні резектабельної аденокарциноми із високим ризиком післяопераційної фістули. Для того, щоб дане дослідження мало вагу при включенні у рекомендації з рівнем доказовості 3А, слід провести додатковий послідовний статистичний аналіз.

І.А. Король, М.Л. Зарічнюк
ОЧНІ ПРОЯВИ НЕХОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ

Кафедра очних хвороб

Н.В. Малачкова (к.мед.н.,проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Неходжкінська лімфома (НХЛ) — це група онкологічних захворювань лімфатичної системи, яка має злоякісний характер. Найчастіше ураження починається з одного із лімфовузлів і далі поширюється по всьому тілу. Вона поділяється на 2 типи залежно від того, починається вона з В-лімфоцитів (В-клітин) або Т-лімфоцитів (Т-клітин). За останні роки захворюваність НХЛ зросла до 15 випадків на 100 000 населення, займаючи третє місце в структурі онкологічної патології після раку легень і меланому. Етіологічні чинники досі точно не встановлено, але найчастіше розглядається ряд факторів, що можуть підвищити ризик розвитку Неходжкінської лімфоми, серед яких інфекційні агенти, іонізуюче випромінення та імунна дисфункція. Лімфоми допоміжного апарату ока (кон'юнктиви, слізної залози і орбіти) складають приблизно 8% всіх екстранодальних лімфом. Найчастіше вражають одразу два ока. Лікування включає хіміотерапію та зовнішню променеви терапію (або іноді їх комбінацію).

Мета: Вивчити клінічні особливості перебігу хвороби та характер ураження ока при ній на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи: Нами було опрацьовано дані у базах Google, PubMed, NCBI, ResearchGate, карти хворої дитини з внутрішньоочною формою Неходжкінської В-клітинної лімфоми.

Результати : Дитина П., 6 років, в вересні 2022 року звернулася до офтальмолога зі скаргами на погіршення зору та екзофтальм. При офтальмоскопії виявлено пухлинне утворення сітківки обох очних яблук з інфільтративним ростом та множинними крововиливами. Після виконання біопсії новоутворення, отримано гістологічне та імуногістохімічне заключення: Неходжкінська В-клітинна лімфома. Дитина була направлена на консультацію до гематолога для подальшого дообстеження та лікування. При огляді стан та самопочуття дитини не були порушені. Симптомів інтоксикації не було. Відмічався двобічний екзофтальм, гіперемія кон'юнктив. Пальпувалися збільшені шийні лімфатичні вузли справа розмірами до 2 см, щільні, рухомі. Згідно з результатами КТ: двобічна шийна лімфаденопатія, інфільтративний ріст в ділянці сітківки обох очей. В мієлограмі: бласти 0,8%, клітинність незначно знижена, нормобластний тип кровотворення, подразнення гранулоцитарного ростка за рахунок паличкоядерних форм. За результатами лабораторних досліджень спостерігалися - анемія 1 ст., підвищення ЛДГ. Сцинтиграфія виключила ураження скелету. Дитині встановлений діагноз: Неходжкінська В-клітинна лімфома, внутрішньоочна форма. Призначене лікування згідно протоколу В-NHL BFM 04. Після проведення блоків АА, ВВ, проведено рестадіювання. КТ-ознаки позитивної динаміки з помірним зменшенням проліферації в ділянці сітківки обох очей та шийних лімфатичних вузлів. Рекомендовано продовжити протокольне лікування.

Висновки: Отже, основа сприятливого прогнозу при Неходжкінській лімфомі залежить від своєчасної діагностики та правильно підібраної тактики з застосуванням сучасних стратегій лікування, що позитивно позначаються на одужанні.

І.А. Король, М.Л. Зарічнюк

ХВОРОБА МЕНЬЄРА

Кафедра ЛОР-хвороб

К.А. Лобко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Меньєра — це захворювання внутрішнього вуха, що спричиняє напади запаморочення, які проявляються періодично, втрату слуху, шум і тиск у вухах. Напади часто починаються неочікувано і відрізняються за інтенсивністю, частотою та тривалістю. Здебільшого запаморочення являє собою найбільш важкий прояв захворювання і є основною причиною непрацездатності пацієнтів. Хвороба вражає близько 1 з 2000 людей, зазвичай у віці від 30 до 50 років. Частіше вражається лише одне вухо, однак близько 15% - 25% пацієнтів протягом життя страждають від симптомів у іншому вусі.

Мета: Вивчити клінічні особливості перебігу хвороби Меньєра.

Матеріали та методи: Нами було опрацьовано дані у базах Google Scholar, PubMed, Scopus, Medline.

Результати: Патогенез хвороби Меньєра пов'язують зі збільшенням кількості лабіринтної рідини та появою внутрішньолабіринтної гіпертензії. Ендолімфатичний гідропс - морфологічний субстрат хвороби Меньєра, а головний патогенетичний чинник – дисфункція вегетативної нервової системи, що порушує іннервацію судин внутрішнього вуха. Клінічні прояви хвороби включають: втрату слуху, яка супроводжується виразним відчуттям тиску та шумів у вусі, подразливість на ревучі та дзвінки звуки, які часто бувають надзвичайно відволікаючими і набридливими, напади головокружіння, які проявляються відчуттям обертання пацієнта навколо предметів або предметів навколо пацієнта, спонтанний ністагм в бік хворого вуха та вегетативні порушення (нудота, блювота, зміна АТ, пульсу, підвищене потовиділення, часте сечовипускання та головний біль). Спостерігаються випадки, коли пацієнти з хворобою Меньєра передчувають наближення нападу по передуючій йому аурі, яка проявляється в появі незначного порушення рівноваги або посилених шумів у хворому вусі. Деколи перед приступом хворі помічають покращення слуху. Напад запаморочення може виникнути з невідомої для пацієнта причини, інколи під час сну, але найчастіше початок пов'язаний зі стресом, фізичною перевтомою, негативними емоціями, впливом різких звуків, неприємних запахів та харчових чинників (кава, шоколад, цитрусові). Частота вестибулярних нападів досить різноманітна: приступи 1-2 рази на тиждень – 26% (дуже часті); 1-2 рази на місяць – 33% (часті); 1-2 рази на рік – 38% (рідкі); 1 раз на декілька років – 3% (епізодичні).

Висновки: Отже, у процесі розвитку хвороби з'являється порушення слуху, яке погіршується від нападу до нападу, з розвитком хронічної вестибулярної дисфункції, що може призводити до інвалідності або зниження фізичної активності, що не дозволяє займатися професійною діяльністю більшості хворих.

В.В. Кравець, О.Ю. Пономарчук

АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

І.В. Павлик (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними Управління верховного комісара ООН з прав людини, станом на 30 червня 2021 року загальна кількість поранених внаслідок російського вторгнення в Україну становить 29 600-33 600 людей, з них 7 000-9 000 цивільні особи і 9 700–10 700 українські військові. Зі слів лікаря Олександра Стеценко, з кінця лютого 2022 року близько 500 людей перенесли ампутації кінцівок, більшість з них це солдати.

Мета: Дослідити частоту ампутацій нижніх кінцівок у військовослужбовців та методи хірургічного лікування.

Матеріали та методи: Аналіз профільних статей (2018-2022 років видання) у наукових базах PubMed, Google Scholar, Elsevier та ін.

Результати: Найчастіше ураження нижніх кінцівок відбувається в дистальних відділах (55,5 %), з них найбільше вражається гомілка (39,2 %). На першому місці знаходяться ампутації на рівні стопи (6,6 %), на другому місці – на рівні гомілки (6,4 %), на третьому місці – на рівні стегна (1,09 %). Клавелен (французький хірург) після Першої світової війни говорив: «Краще нехай поранений втратить одну кінцівку, ніж помре з п'ятьма», з урахуванням голови потерпілого. Ампутації класифікуються за часом виконання: первинні (виконуються одразу після потрапляння хворого в лікарню або протягом 24 годин після травми), вторинні (протягом 6-8 днів), пізні та реампутації (виконуються при наявності хибної кукси, непридатної для протезування). При виборі рівня відтину, враховують довжину кукси та види протезів. При ампутації гомілки, залишають більшу частину кінцівки, оскільки чим більша кукса, тим краще передаються рухи протезу. Хірургічна операція складається з чотирьох етапів: розсічення шкіри та м'яких тканин; розпил кісток; обробка ран, перев'язка судин, відсікання нервів. За формою розрізу м'яких тканин розрізняють такі способи: циркулярний (лінія розрізу перпендикулярна осі кінцівки), клаптевий (розріз тканин у вигляді 1-2 клаптів), овальний (шкіра робиться у вигляді еліпса). Види ампутацій: гільйотинні (м'які тканини і кістка розсікаються на одному рівні), одноклаптеві та двухклаптеві. Клапті складаються зі шкіри та підшкірно-жирової клітковини, якщо ще включають фасцію, то таку операцію називають фасціоперіостопластика. Для попередження виникнення фантомних болів, необхідно правильно обробити нервові стовбури (перетинають нерви бритвою або гострим скальпелем у проксимальному напрямку на 5-6 см). Під час перепилювання кісток, місце розпилу постійно зрошують розчином новокаїну та натрію хлориду, після закінчення, зовнішній край всього кісткового опилу зачищають напилком. Найважливішим заключним етапом є гемостаз, судини перев'язують кетгутом. Для уникнення розвитку контрактури, після закінчення операції, кінцівку іммобілізують гіпсовою лонгеткою або пластиковою шиною.

Висновки: Отже, ампутація кінцівок серед військових є досі розповсюдженими, внаслідок артилерійського вогню або мінного обстрілу противником, тому нині є важливим розробка та вдосконалення методів оперативного лікування та протезування.

В.В. Кравець, І.В. Бидловська.

НАЙРОЗПОВСЮДЖЕНІШІ ТРАВМИ ВУХА У ВІЙСЬКОВИХ: АКУБАРОТРАВМА, РОЗРИВ БАРАБАННИХ ПЕРЕТИНОК.

Кафедра ЛОР-хвороб

К.А.Лобко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, приблизно 48% ветеранів, які постраждали від вибуху, відчувають зниження толерантності до звуку, це означає, що вони негативно реагують на

повсякденні звуки та можуть бути легко переповнені фоновим шумом. Пошкодження слуху виникає при рівнях шуму 85 дБ або вище, в армії деякі показники вдвічі та втричі разів перевищують норму (протитанкова ракета – 166 дБ, кулемет – 155 дБ, стрільба з гвинтівки – 157 дБ, важка артилерія – 185 дБ).

Мета: Дослідити найрозповсюдженіші травми слуху у військових. Симптоматику даних захворювань та методи лікування.

Матеріали та методи: Аналіз профільних статей (2018-2022 років видання) у наукових базах PubMed, GoogleScholar, Elsevier та ін.

Результати: Акубаротравма – це травма обох відділів слухового аналізатора (периферичного та центрального) внаслідок дії високоінтенсивних звуків, які супроводжуються ударною хвилею. Клінічно розвиваються 4 стадії: стадія початкових проявів (розвивається через 1-2 дні перебування в умовах шуму та триває в середньому від 1-2 місяців до 4-6 років, характеризується виникненням дискомфорту та дзвону у вусі), стадія клінічної паузи (суб'єктивні прояви відсутні, поступово знижується гострота слуху, тривалість 2-7 років), стадія наростання симптомів (у вухах постійно чути шум, швидко розвивається приглухуватість, виникають загальні порушення: підвищена стомлюваність, дратівливість та порушення уваги), термінальна стадія (розвивається у людей, у яких спостерігається підвищена чутливість до шуму, вже через 15-20 років роботи з обтяженими шумовими умовами. Спостерігається шум у вухах, зниження гостроти слуху, погіршення координації рухів і рівноваги, регулярні головні болі). Для лікування застосовують гормональну терапію (глюкокортикостероїди) комбіновану з гіпербаричною оксигенацією. Терапія повинна тривати від одного до півтора місяця, проте в Україні зазвичай військових з акубаротравмою мінно-вибухового характеру (монотравма, без ускладнень) лікують 5-7 днів і далі повертають в зону активних бойових дій. Такий підхід є недостатньо ефективним та прогностично поганим для бійців. Часто акубаротравма поєднується з розривом барабанної перетинки, що виникає при рівні шуму понад 165 дБ. При масивному ушкодженні відбувається вивих або розрив зчленувань, перелом слухових кісточок, травмування м'язів в порожнині вуха, через що спостерігається інтенсивний шум і туговухість змішаного характеру, вестибулярні розлади, витікання перилімфи з вуха. Методом лікування розривної баротравми може бути тимпанопластика або мірінголастика.

Висновки: Отже, при ефективному та ранньому лікуванні, вдається врятувати слух у третини військовослужбовців, що вказує на важливість своєчасного виявлення та евакуації поранених із зони бойових дій до закладів охорони здоров'я.

Ю. О. Крижановська
**ПРИЧИНИ БАКТЕРІАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ПОВЕРХНІ ОКА У НОСІЇВ
КОНТАКТНИХ ЛІНЗ**

Кафедра очних хвороб
Н.В.Кривецька (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Близько 140 мільйонів людей у світі використовують контактну корекцію зору (Andrew D Pucker, Anna A Tichenor, 2020). Поряд з цим автори відзначають збільшення частоти бактеріальних уражень очної поверхні у носіїв контактних лінз (КЛ). Щороку близько 7 мільйонів українців звертаються на амбулаторний прийом із запальними захворюваннями

очей (Гайдамака Т. Б. та співав., 2022). Серед них реєструється збільшення кількості осіб, які користуються КЛ, значна частка припадає на дітей та жінок.

Мета: Проаналізувати причини контамінації поверхні ока бактеріальною мікрофлорою у носіїв КЛ.

Матеріали та методи: Джерела вітчизняних та іноземних наукових видань та синтез науково-обґрунтованих міжгалузевих знань.

Результати: За літературними даними, основними причинами бактеріальних уражень очної поверхні є патогенні та умовно-патогенні мікроорганізми, які володіють факторами адгезії, ферментами вірулентності, резистентністю до протимікробних препаратів, здатністю утворювати біоплівки. Вони відповідальні за утворення твердих відкладень на поверхні КЛ, найчастіше гідрогелевих. Акцентується увага, що з їх поверхонь найчастіше висівається епідермальний стафілокок, кишкова паличка, золотистий стафілокок, синьогнійна паличка, клебсієла пневмонії, гемолітичний стрептокок. У більшості випадків реєструють асоціації різних видів бактерій. Контамінація КЛ виникає при недотриманні правил їх зберігання та обробки в т.ч. водопровідною водою, інфікуванні розчинів для догляду за КЛ, під час маніпуляцій брудними руками. Останнє найчастіше є причиною бактеріальних уражень кон'юнктиви ока у дітей. У жінок мікроорганізми потрапляють на поверхню ока з косметичними засобами. Для діагностики бактеріальних уражень очної поверхні у носіїв КЛ доцільно проводити мікробіологічне дослідження не тільки матеріалу, взятого із кон'юнктиви ока, а також і з поверхні КЛ та контейнерів для їх зберігання і розчинів для догляду за КЛ, якими користувався пацієнт.

Висновки: На ефективність контактної корекції зору та попередження ускладнень, пов'язаних з нею поряд із правильним вибором матеріала, з якого виготовлені КЛ та режиму їх носіння впливає і правильний вибір розчину для догляду за КЛ, дотримання гігієнічних вимог використання КЛ з врахуванням віку, особливості діяльності та дозвілля користувачів контактних лінз.

Т.В. Кротюк

ПЕРОРАЛЬНА ЕНДОСКОПІЧНА МІОТОМІЯ ПРОТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ МІОТОМІЇ ТА ЧАСТКОВОЇ ФУНДОПЛІКАЦІЇ ПРИ АХАЛАЗІЇ СТРАВХОДУ

Кафедра хірургії №1

Б.О. Мітюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ахалазія - це рідкісне доброякісне порушення моторики стравоходу, що характеризується неповним розслабленням нижнього стравохідного сфінктера (НСС). Лікування ахалазії спрямоване на зменшення тиску НСС. У пацієнтів, у яких неінвазивна терапія не дала результатів, слід розглянути можливість хірургічного втручання. Міотомія з частковою фундоплікацією вважається методом першої лінії лікування незапущеної ахалазії. Нещодавно пероральна ендоскопічна міотомія (РОЕМ), метод, який використовує принципи підслизової ендоскопії для виконання подібної операції до хірургічної міотомії, з'явився як перспективний малоінвазивний метод лікування цього стану.

Мета: Порівняти РОЕМ і лапароскопічну міотомію та часткову фундоплікацію (LM-PF) щодо їх ефективності та результатів для лікування ахалазії.

Матеріали та методи: Пошук і аналіз закордонних літературних джерел за період 2010-2022 років за допомогою електронних баз даних PubMed, Embase, Springer і Cochrane Library.

Результати: Було проаналізоване дослідження, за участю 40 дорослих пацієнтів, які раніше не отримували лікування, у яких була діагностована ахалазія на основі клінічних і манометричних критеріїв (бал дисфагії \geq II і бал Екардта $>$ 3), були рандомізовані для проходження LM-PF або РОЕМ. Вимірюваними результатами були тривалість анестезії, тривалість процедури, покращення симптомів, рефлюкс-езофагіт, висота бар'євого стовпа через 1 і 5 хвилин, тиск у НСС, поява несприятливих подій, тривалість перебування і якість життя. Не було статистично значущих відмінностей між групами LM-PF і РОЕМ щодо покращення симптомів через 1, 6 і 12 місяців спостереження ($P = 0,192$, $P = 0,242$ і $P = 0,242$ відповідно). Однак частота рефлюкс-езофагіту через 1, 6 і 12 місяців спостереження була значно вищою в групі РОЕМ ($P = 0,014$, $P < 0,001$ і $P = 0,002$ відповідно). Також не було статистичних відмінностей щодо значень манометрії, виникнення несприятливих подій або тривалості перебування. Тривалість анестезії та тривалість процедури були значно коротшими в групі РОЕМ, ніж у групі LM-PF ($185,00 \pm 56,89$ та $95,70 \pm 30,47$ хв проти $296,75 \pm 56,13$ та $218,75 \pm 50,88$ хв відповідно; $P = 0,001$ для обох). У групі РОЕМ спостерігалися покращення в усіх областях опитувальника якості життя, тоді як у групі LM-PF спостерігалися покращення лише в трьох областях.

Висновки: РОЕМ і LM-PF виявляються однаково ефективними в контролі симптомів ахалазії, скороченні тривалості перебування і мінімізації появи несприятливих подій. Тим не менш, РОЕМ має перевагу в тому, що покращує всі сфери якості життя та скорочує час анестезії та процедури, але зі значно вищою частотою рефлюкс-езофагіту.

Ю.А.Крючкова, К.В.Дроненко
**РОЛЬ ЛАКТАЦІЇ У РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ПАЦІЄНТІВ
ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

В.Г.Дроненко (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак молочної залози є одним з найпоширеніших типів раку серед жінок. Ця хвороба особливо небезпечна в період лактації, коли збільшується кількість клітин, здатних до пухлинної трансформації. Вивчення впливу лактації на ризик виникнення раку молочної залози є досить важливою темою задля визначення, як і коли лактація може впливати на ризик розвитку раку молочної залози. Це сприятиме розробці більш ефективних методів профілактики та лікування цієї хвороби.

Мета: Дослідження зв'язку між лактацією та ризиком розвитку раку молочної залози у пацієнтів подільського регіону.

Матеріали та методи: анкетування пацієнтів ПРЦО, сучасна медична література.

Результати: При проведенні анкетування, було отримано такі дані: одну дитину в родині мають 10 % опитаних, двоє дітей – 84%, троє – 6 %. Всі респонденти вперше народжували у віці 18-25 років. Годували груддю новонароджену дитину – 96 %, штучним вигодовуванням – 4 % пацієнток. Тривалість природнього вигодовування складала: менше року (і вже закінчили годувати) – в 75%, менше року (але ще годують) – 7 %, від року до півтора років – 18 %. Відмічали достатню кількість молока для годування свого немовляти 63%, а незадовільну – 37%. За своє життя хворіли на мастити 36 %, не мали такої патології – 64 %. З тих хворих, в котрих був мастит, лікувались консервативно – 78%, оперативно – 22%. Жінок, у родині яких є інші особи, які хворіли на рак молочної залози, – 24%, в сім'ях яких не

зустрічалась дана патологія – 76%. За своє життя мали аборти, – 53%, не підлягали їм – 47%. Використовували контрацепцію 19%, та не застосовували її – 81%. Дослідження показують, що лактація може допомогти зменшити ризик виникнення раку молочної залози у жінок завдяки тому, що знижується рівень естрогенів, знижується частота овуляції і, відповідно, менструації та зміцнюється тканина молочної залози. Також є закономірність : чим більше утворюється молока під час лактації, тим більше воно може вивести онкогенні токсичні речовини. Жінкам, у яких є обтяжений сімейний анамнез по РМЗ, необхідно проводити обстеження на наявність у них мутацій BRCA1/2.

Висновки: Отже, лактація не є причиною раку молочної залози, але може вплинути на ризик його розвитку, знижуючи його в певних випадках шляхом виведення з молоком певних токсичних речовин, які сприяють онкогенезу, а також через зниження рівню естрогенів у крові під час лактації, зміцненням тканини молочної залози, тим самим зменшуючи ризик захворювання на рак молочної залози.

В.І. Лапуцький, А.В. Музиченко
**ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ
НЕНАРКОТИЧНИМИ АНАЛГЕТИКАМИ У ТЯЖКОПОРАНЕНИХ ПАЦІЄНТІВ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Ю.А. Пунько (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Використання опіоїдів у післяопераційному періоді підвищує ризик виникнення післяопераційної нудоти та блювоти (ПОНБ) і призводить до частішого використання антиеметиків, що збільшує термін післяопераційного відновлення пацієнтів, перебування їх у стаціонарі. У той же час мультимодальна аналгезія (МА) дозволяє уникнути поліпрагмазії.

Мета: Спираючись на дані досліджень Національного інституту здоров'я США (НИН) визначити препарати, що найчастіше застосовуються при МА, їх ефективності та оцінити переваги порівняно з опіоїдними препаратами.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines, систематизація та статистичний метод.

Результати: МА – це спосіб аналгезії, який передбачає одночасне використання двох або більше анальгетиків, що мають різні механізми дії і дозволяють досягти адекватного знеболення при мінімумі побічних ефектів, властивих призначенням великих доз одного анальгетика в режимі монотерапії. Відповідно до результатів дослідження НИН, препаратами, що найчастіше використовуються для МА є ацетамінофен, НПЗЗ (декскетопрофен і нефопам), лідокаїн в/в та кетамін у субнаркотичних дозах (до 0,5 мг/кг). Як монотерапія найчастіше використовується ацетамінофен (63,2%). Існують дослідження, відповідно до яких ефективність нефопаму дещо перевищує ефективність ацетамінофену при цьому не маючи антипіретичних властивостей та маючи несумісність з препаратами інших груп (бензодіазепіни, трициклічні антидепресанти, блокатори H₁-гістамінорецепторів, нейролептики, транквілізатори). Вживання опіоїдів варто максимально скоротити – завжди варто розглядати використання МА, яка включає поступовий підхід та використання опіоїдів за необхідності. Основні опіоїди показані при помірному та сильному болю, який не купірується іншими лікарськими засобами, та при якому протипоказана регіонарна анестезія.

Регіонарна анестезія, зокрема ТАР-блок (Transverse abdominis plane block) є методом вибору при МА в абдомінальній лапароскопічній хірургії.

Висновки: Відповідно до результатів досліджень, застосування МА ненаркотичними анальгетиками є більш доцільним, оскільки знижується ризик виникнення «синдрому відміни» та ПОНБ, що виникають у 27,0% випадків знеболення опіоїдними анальгетиками в післяопераційному періоді. Регіонарна анальгезія, у тому числі ТАР-блок за рахунок своєї місцевої анальгезуючої дії зменшує кількість побічної дії лікарських засобів та дозволяє уникнути виникнення поліпрагмазії.

Т.С.Лесях

МЕТОДИКА ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН БІОМАТРИКСОМ ВТМ

Кафедра хірургії № 2

Т.В. Форманчук (к. мед. н., доц.), В.А. Кацал (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. У зв'язку з сучасними подіями, що відбуваються на території України, з'явилася потреба у наданні медичної допомоги людям як цивільним так і військовим, які постраждали від численних травмуючих факторів, серед яких провідне місце займають пошкодження зовнішнього покриву тіла – шкіри та прилеглих м'яких тканин. Тому застосування новітніх методів закриття дефектів м'яких тканин з використанням синтетичних та напівсинтетичних матеріалів стає одним із провідних та найбільш затребуваних напрямків розвитку сучасної медицини в усьому світі.

Мета. Вивчити та дослідити методику закриття дефектів м'яких тканин біоматриksom ВТМ, визначити його переваги та недоліки в порівнянні з іншими видами матеріалу.

Матеріали. Використання сучасної іноземної літератури та наукових досліджень з наведеної теми, фахові медичні тексти (наукові статті та роботи), аналіз клінічних випадків - біоматрикс ВТМ застосовано в 4 хворих в одній з лікарень міста для закриття дефектів м'яких тканин після мінновихузової травми.

Результати. NovoSorb ВТМ (Biodegradable Temporizing Matrix) – штучний синтетичний полімер, який не містить біологічних речовин та зберігає свою міцності і та цілісності навіть з-за наявності інфекції в рані, оскільки складається з синтетичного матеріалу, який не є субстратом для бактерій (Greenwood JE, Wagstaff MJD. Experience with a synthetic bilayer ВТМ in significant burn injury. Burns Open. 2018;17-34). За будовою ВТМ є двошаровою матрицею, що складається із герметизуючої мембрани, матриці NovoSorb та проміжного шару матеріалу, що з'єднує попередні дві частини. NovoSorb ВТМ розділяє велику рану на серію з'єднаних між собою мікроран. Саме така його функція дозволяє організму швидше адаптуватися та почати процеси загоєння, сприяючи організованій регенерації неoderмісу з мінімалізацією утворення рубців, контрактур і розвитком інших деформацій частин тіла (Wagstaff MJD, Slana IM, Caplash Y, Greenwood JE. Biodegradable temporising Matrix (ВТМ) Burns Open. 2019; 3:12-30.). NovoSorb ВТМ показаний для лікування ран, включаючи пролежні, венозні виразки, діабетичні виразки, хронічні та судинні виразки, хірургічні рани (наприклад, донорські ділянки), подіатричні рани, травми (садна, рвані рани, опіки другого ступеня та рвані рани шкіри) та дренажні рани. У всіх проаналізованих клінічних випадків вдалось досягнути відновлення шкіри та м'яких тканин. В чотирьох випадках застосували закриття дефектів із застосуванням лише біоматриксу, в інших двох випадках виконали двох-етапне закриття

дефектів. Біоматрикс – як, перший етап, розщеплений шкірний лоскут поверх біоматриксу, який піддався реваскуляризації – як другий етап.

Висновки. Біоматрикс ВТМ є сучасним матеріалом для закриття дефектів шкіри та прилеглих м'яких тканин, який піддається реваскуляризації та повністю інтегрується в організм людини. Метод може застосовуватись як самостійна методика, або у поєднанні з методом розщепленого шкірного лоскуту. Опанування та широке впровадження методу може стати новим кроком не лише для вирішення питання закриття дефектів шкіри та м'яких тканин, а також для якісної реабілітації пацієнтів.

О. М. Лопушанський
**COVID-19-АСОЦІЙОВАНІ ТРОМБОЗИ АРТЕРІЙ КІНЦІВОК: АНАЛІЗ ДАНИХ
ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНОГО ДОСВІДУ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

С.В. Сандер (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серйозною проблемою залишається гостра ішемія нижніх кінцівок, асоційована з COVID-19. Серед пацієнтів, інфікованих COVID-19, її поширеність в 5 разів вища і становить 0,54–0,6% [Bellosta R.]. З метою профілактики тромботичних ускладнень у всіх нормативних документах пропонується використання низькомолекулярних гепаринів. Однак, інформація, подана в них, не є вичерпною та потребує подальшого доопрацювання.

Матеріали та методи: Під нашим спостереженням перебувало 59 пацієнтів (жінок – 26, чоловіків – 33, вік 60 – 84 роки), у яких відсутня пульсація на магістральних артеріях (у 38 – на артеріях стопи, у 18 – на підколінних артеріях і артеріях стопи, у 3 - на загальній стегновій, підколодній артерії та артеріях стоп). Статистичну обробку проводили за допомогою конвертера кутів Фішера та критерію Стьюдента.

Мета: аналіз власного досвіду ведення хворих з гострими COVID-19-асоційованими тромбозами артерій кінцівок з метою раціоналізації лікувальної тактики.

Результати: У досліджуваних пацієнтів рівень С-реактивного білка (СРБ), феритину та інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) був підвищений і сягав 113 мг/л, 1361,1 мкг/л, 138,6 пг/мл, відповідно. У 7 (11,8%) пацієнтів рівень прокальцитоніну перевищував 0,5 нг/мл. Концентрація фібриногену спочатку становила 3,3–10,6 г/л. Згодом він знизився до 2,7-5,9 г/л. Рівень АЧТЧ становив 23-42 с. Кількість тромбоцитів була в межах 83,3–358,2 x 10⁹/л. Тромбоцитопенія відзначена у 11 (18,6%) хворих. Підвищення рівня D-димеру (понад 500 нг/мл) спостерігалось у 57 пацієнтів. У той же час час згортання крові за Лі-Уайтом прогресивно подовжувався до 13-16 хвилин. Важку гостру респіраторну хворобу COVID-19 відмічено у 45 пацієнтів, середньої тяжкості – у 14. Ішемію діагностовано у 25 пацієнтів, II А – у 17, II Б – у 9, III стадію – у 8 пацієнтів. За рівнем оклюзії хворі розподілилися наступним чином: клубово-стегновий сегмент - 9, стегново-підколінний сегмент - 29, підколінний сегмент - 21. Спроби реваскуляризації (тромбектомії) зроблені у 10 пацієнтів. Загальна ефективність хірургічного лікування склала 40%. Консервативну тактику ведення застосовували у 49 хворих (тільки у 19 хворих її розпочали в перші 6 годин, ще у 7 пацієнтів через 12 годин, в решти – зі значно більшою затримкою). Загальна ефективність медикаментозного лікування в цій групі становила 60,9%.

Висновки: При COVID-19-асоційованій гострій ішемії нижніх кінцівок у пацієнтів похилого та старечого віку своєчасний початок фармакотерапії призводить до купірування ішемії у

60,9% пацієнтів, екстрена ревазуляризація – не більше ніж у 40%. Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку нових та вдосконалення відомих малоінвазивних методів ревазуляризації та інтенсифікації колатерального кровообігу.

К.Р. Міськова, І.О. Танасійчук

ВПРОВАДЖЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ЗАЛОБКОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ

Кафедра хірургії №1 з курсом урології

В.І. Горовий (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Через травматичність відкритої простатектомії, значний відсоток інтра- та післяопераційних кровотеч із ложа простати з необхідністю виконання гемотрансфузій, виражений больовий синдром у післяопераційній рані із можливістю її нагноєння, значний післяопераційний ліжко-день та період реабілітації сьогодні альтернативою відкритої простатектомії є лапароскопічна простатектомія. В українській літературі не описані випадки виконання лапароскопічної простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію простати (ДГП).

Мета: оцінка перших результатів лапароскопічної екстраперитонеальної залобкової простатектомії у хворих на ДГП.

Матеріали та методи: За останні 2 років (2021-2022 рр.) в центрі пластичної, реконструктивної та малоінвазивної онкоурології Черкаського обласного онкологічного диспансеру та урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова було виконано 30 лапароскопічних екстраперитонеальних залобкових простатектомій у хворих на ДГП. Середній вік хворих склав $68,1 \pm 2,5$ років; середній індекс маси тіла – $29,6 \pm 1,5$; середній об'єм простати за даними ультразвукового дослідження – $109,5 \pm 15,3$ мл. В ургентному порядку (із затримкою сечі чи уретральним катетером) надійшло 8 (26,7%) хворих. Лапароскопічні екстраперитонеальні залобкові простатектомії виконували шляхом створення передочеревинного простору за допомогою балонного троакара Space Marker, встановлення 5 портів, розсічення капсули простати поперечним розрізом, видаленням часток гіперплазованих вузлів простати із покроковим гемостазом та спробою збереження простатичної уретри, зашиванням розрізу капсули простати безперервним швом V – Іос 2-0. Інтраопераційну крововтрату визначали ваговим методом.

Результати: Середній час виконання операції склав $122,4 \pm 12,8$ хвилин, середня інтраопераційна крововтрата – $109,5 \pm 15,3$ мл, зрошення сечового міхура проводили лише 1 добу. Інтраопераційних та післяопераційних кровотеч не спостерігали, тому не було проведено жодної гемотрансфузії. Уретральний катетер видаляли на 5 добу після операції, середній післяопераційний ліжко-день склав $6,3 \pm 1,1$ дні. В одиничних випадках хворим вводили наркотичний анальгетик у першу добу після операції. Урологічних та терапевтичних ускладнень не було відмічено. Індекс IPSS (міжнародний питальник визначення симптомів захворювань простати) до операції у хворих із збереженим сечовипусканням (22 хворих) складав $25,4 \pm 3,4$, після операції – $6,3 \pm 2,2$.

Висновки: Перші результати лапароскопічної екстраперитонеальної залобкової простатектомії показали її надійний гемостаз, короткий період відновлення акту сечовипускання та задовільні його показники. Необхідно провести подальші дослідження

результатів лапароскопічної екстраперитонеальної залобкової простатектомії у порівнянні із відкритою залобковою простатектомією із оцінкою акту сечовипускання за допомогою даних урофлоуметрії.

М.О. Міщенко
ДИЛЯТАЦІЙНІ КАРДІОМІОПАТІЇ ПО ДАНИХ ВОДКЛ

Кафедра педіатрії №2

В.П.Попов (доц., к.м.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: У структурі захворювань серцево-судинної системи серед дітей відмічається збільшення питомої ваги ДКМП і становить 10 випадків на 100 тис. населення. Вирішальне значення у розвитку дилатації серця є мутації генів серцевого тропоніну-Т і тропоміозину. Дилатаційні кардіоміопатії призводять до порушення насосної функції серця та хронічної серцевої недостатності. Попри значні успіхи в діагностиці та розробці методів лікування дане захворювання досі залишається актуальним, так як смертність висока.

Мета: На основі проаналізованих літературних даних та вивчених випадків дилатаційних кардіоміопатій у дітей висвітлити механізми розвитку, діагностики та підходів до лікування даного захворювання.

Матеріали та методи: Був проведений ретроспективний аналіз архівних даних ВОДКЛ та наукової літератури: статті, журнали, інтернет джерела (Medscape, Web of science, Pubmed, Нормативно-директивні документи МОЗ України).

Результат: Дилатаційна кардіоміопатія – найпоширеніша форма кардіоміопатій, для якої характерна кардіомегалія за рахунок лівих камер серця, різке порушення систолічної функції, застійна серцева недостатність, аритмії, емболії. Серед причин важливе значення має генетично детерміновані дефекти м'язової тканини серця. На ранніх етапах клінічно не має специфічних симптомів. У немовлят першими симптомами є відставання у розвитку, знижений темп набирання ваги, ціаноз носо-губного трикутника та губ, задишка під час плачу та годування. У дітей старшого віку характерно виражена блідість шкірних покривів, акроціаноз, наростаюча слабкість, зниження толерантності до фізичних навантажень. Під час аускультатії визначається кардіомегалія, тахікардія, аритмія, ритм «галопу», ослабленість тонів серця, систолічний шум відносної недостатності мітрального або трикуспідального клапанів. Прогресування захворювання призводить до застійних явищ у великому та малому колах кровообігу. Важливим у діагностиці є рентгенографічне дослідження ОГК, та ЕхоКГ. Специфічного лікування немає. Проводиться лікування ХСН. У разі рефрактерної СН, показано трансплантація донорського серця.

Висновки: Проаналізована література дає зробити висновок, що специфічного терапевтичного лікування ДКМП не існує. Розвиток ДКМП прямо корелюється із показником смертності у дітей. Наявність захворювання ранньому неонатальному періоді призводить до летального наслідку, середня тривалість життя при цьому складає від кількох днів до декількох місяців. У дітей старшого віку, за рахунок можливості проведення трансплантація донорського серця, збільшується виживаність.

А.В. Музиченко

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ ТА ВІРУСНИХ АГЕНТІВ У ВИНИКНЕННІ ТОРАКАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ НК/Т-КЛІТИННІЙ ЛІМФОМІ

Кафедра хірургії №1

В.Г. Сулейманова (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Екстранодальна НК/Т-клітинна лімфома назального типу – це рідкісна швидкопрогресуюча Негоджкінська лімфома, що росте за межами лімфатичної системи (екстранодальна) зазвичай в лицевій частині черепа, зокрема носі та верхніх відділах ШКТ. Діагноз є досить поширеним серед населення Східної Азії, Латинської Америки (3-5% від усіх лімфом), проте досить рідко зустрічається на території європейського континенту. За даними National Health Service (NHS), протягом року у Великій Британії реєструється до 20 випадків, частіше зустрічається у чоловіків.

Мета: Проаналізувати роль генетичних предикторів на прикладі генів TCR, STAT3 і STAT5B, а також вірусу Епштейн-Барра у сприйнятливості та частоті виникнення торакальних хірургічних ускладнень НК/Т-клітинної лімфоми назального типу.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, PubMed, MedLines, MedScare, Web of Science, систематизація та статистичний метод.

Результати: Відповідно до сучасних досліджень неопластичного росту вважається, що НК/Т-клітинна лімфома з'явилася внаслідок клональної перебудови гена TCR. Також відомо про шлях активації мутацій STAT3 і STAT5B. Неопластична інфільтрація призводить до ангіодеструкції та зонального некрозу, що веде до виникнення локальних ускладнень залежно від точної локалізації (найчастіше деструктивні стани ЛОР-органів та верхніх відділів ШКТ). Діагностування на ранніх обмежених стадіях та стандартне лікування лімфоми підвищують ймовірність тривалого виживання, тоді як пацієнти з пізньою стадією мають поганий прогноз виживаності. При первинному обстеженні в уперше діагностованих пацієнтів необхідно шукати стани в анамнезі, що сприяють розвитку НК/Т-клітинної лімфоми, такі як хронічна активна інфекція вірус Епштейн-Барра, що дає можливість встановити орієнтовну тяжкість перебігу цієї нозології. Швидкість перебігу даної нозологічної одиниці та частота виникнення торакальних ускладнень, зокрема низхідного медіастиніту, некротичного фарингіту та езофагіту, асоційовані з високою концентрацією ДНК вірусу Епштейн-Барра у крові пацієнтів.

Висновок: НК/Т-клітинна лімфома назального типу є швидкопрогресуючим злоякісним захворюванням із високим ризиком розвитку торакальних хірургічних ускладнень на пізніх стадіях. Дотепер не виявлено специфічних маркерів цього патоморфологічного діагнозу, що ускладнює ранню діагностику цього захворювання. Саме тому в уперше виявлених випадках рекомендовано проводити генетичний скринінг з метою верифікації патологічного стану та шукати в анамнезі предиктори виникнення НК/Т-клітинної лімфоми.

А.В. Нецеля

ЗНАЧЕННЯ ПЛАСТИКИ ВІДХІДНИКОВО-КУПРИКОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ ПРИ ТРАВМАХ КУПРИКА ЯК ОСНОВНОГО МЕТОДУ У ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ ДЕФЕКАЦІЇ

Кафедра дитячої хірургії

О.О. Лукіянець (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. В основі етіології порушень дефекації лежить патологія розвитку товстого кишківника, сакрального відділу хребта, тазової діафрагми. М'язово-зв'язковий апарат, що фіксується до куприка, приймає участь у функціонуванні термінального відділу товстої кишки та уrogenітальної системи. Відхідниково-куприкова зв'язка забезпечує просторову орієнтацію аноректума шляхом стиснення та зсування прямої кишки, за рахунок чого відбувається зміщення її відносно точок фіксації до кістково-зв'язкового каркасу малого тазу. Активний спосіб життя дітей є найчастішою причиною травм куприка, які не завжди можуть бути вчасно діагностовані. Внаслідок цього розвиваються такі порушення, як закрепи та/або нетримання калу.

Мета. Удосконалення методів діагностики та лікування порушень випорожнень у дітей з травматизацією куприка.

Матеріали та методи. Для досягнення визначеної мети, було проведено ретроспективний аналіз медичних карт хворих, що проходили стаціонарне лікування на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні з приводу травми куприка з 2017 року по 2022 рік, їх кількість склала 72 дитини: 49 дівчат та 23 хлопчики. Вік пацієнтів – від 5 до 16 років. Пацієнтів з хронічними закрепамі в групі дослідження було 48 (66,67%), з нетриманням калу 17 (23,6%), енурезом 4 (5,56%). З метою діагностики порушення фіксації прямої кишки, у пацієнтів з травмою куприка визначали величину аноректального кута за допомогою поліпозиційної іригографії. Відхилення величини аноректального кута відмічались в 37(51,39%) пацієнтів. В 33 пацієнтів була проведена інтраопераційна пластика відхідниково-куприкової зв'язки.

Результати: Пошкодження відхідниково-куприкової зв'язки беззаперечно призводить до порушення функції випорожнення у післяопераційному періоді. В якості профілактики розладів акту дефекації, під час операції проводять ліквідацію ректо-кокцігеальної порожнини, що утворюється після резекції куприка, з обов'язковою пластикою відхідниково-куприкової зв'язки для відновлення функції м'язово-зв'язкового апарату шляхом його анатомічної фіксації.

Висновки: Відновлення анатомічної цілісності відхідниково-куприкової зв'язки після її руйнування під час операції або травматичного пошкодження куприка чинить сприятливу дію на відновлення її фізіологічного функціонування, що в свою чергу сприяє профілактиці порушень акту дефекації.

А.Ю.Осадчук

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИНИКНУТИ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА, ПІД ЧАС ПРИЙОМУ ГЕМЦИТАБІНУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.А. Сміюха (доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Рак сечового міхура є одним з найпоширеніших видів раку серед населення і становить орієнтовно 5% від усіх онкологічних захворювань. В останні роки є тенденція до зростання виявлення раку сечового міхура (РСМ). Одним із методів його лікування є хіміотерапія. Гемцитабін є одним із ефективних засобів для лікування РСМ, під час його застосування можуть виникнути побічні ефекти. Отже, важливо дослідити, які саме побічні ефекти можуть виникнути у пацієнтів з раком сечового міхура під час прийому даного хіміотерапевтичного препарату, щоб забезпечити максимальну безпеку та ефективність

лікування. Дослідження побічних ефектів гемцитабіну може допомогти у вдосконаленні методів лікування раку сечового міхура та покращенні якості життя пацієнтів.

Мета: полягає в вивченні побічних явищ, котрі можуть з'явитись під час прийому гемцитабіну у пацієнтів з РСМ.

Матеріали та методи: аналіз 51 історії хвороби пацієнтів, які проходили лікування в ПРЦО м.Вінниця. Статистична обробка даних за допомогою програми Microsoft Excel використовуючи коефіцієнт кореляції Пірсона.

Результати: було проаналізовано 51 історія хвороби із заключним діагнозом РСМ II- III ст., у віковій категорії від 50р. до 76 р., з них: чоловіки - 35 (68,6%), жінки - 16 (31,3%). Дані пацієнти отримували парентеральне введення гемцитабіну 1000 мг/м² в загальній дозі, яка розраховувалась індивідуально для кожного в залежності від індексу BSA. Тривалість курсу складала 2 тижні. Під час дослідження показників крові: гемоглобін - виявлено помірну кореляцію ($R_{xy}=0,47(p<0,001)$); лейкоцити - виявлено помірну кореляцію показників ($R_{xy}=0,45(p<0,001)$); еритроцити - слабка кореляція показників ($R_{xy}=0,11(p<0,05)$) - перед та під час проведення лікування. У 38% пацієнтів виявлено протеїнурію; у 17% підвищення печінкових проб: аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази(АСТ); у 30% диспепсичні явища. Аналіз результатів: гематологічна токсичність проявом якої є анемія I-II ст., тромбоцитопенія у 55%, лейкоцитопенія у 54% з усіх випадків.

Висновки: Гемцитабін є ефективним препаратом хіміотерапії для лікування раку сечового міхура, але може викликати побічні ефекти, що можуть негативно впливати на якість життя пацієнта. Лабораторні дослідження показали, що гемцитабін може впливати на склад крові, зокрема на кількість білих та червоних кров'яних клітин. Серед побічних ефектів гемцитабіну можуть бути нудота, блювота, діарея, запаморочення та інші.

В.Р. Оськін, В.Л. Павленко

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

Т.І. Михальчук (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Абдомінальний компартмент-синдром (АКС) – одне з найпоширеніших ускладнень у пацієнтів з гострою абдомінальною патологією. Згідно з результатами досліджень, патологічне підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) виникає у практично всіх пацієнтів з розлитим перитонітом, і близько 45-55% випадків призводять до розвитку АКС. Це стає причиною поліорганної недостатності та високої летальності, яка становить від 8 до 75%. Головними причинами смерті є розвиток абдомінального сепсису та поліорганної недостатності.

Мета. Загальна мета полягає в тому, щоб зібрати та проаналізувати актуальну інформацію з вітчизняних та іноземних наукових джерел про діагностику та лікування АКС.

Матеріали та методи. Були проаналізовані наукові статті, які були опубліковані вітчизняними та іноземними джерелами, зокрема PubMed, Web of Science, Google Scholar та інші видання, що містять інформацію про діагностику та лікування АКС.

Результати. Існує кілька способів вимірювання ВЧТ, які можна розділити на прямі та непрямі методи. Прямі методи передбачають безпосереднє введення катетера в черевну порожнину або вимірювання тиску карбоперитонеуму під час лапароскопії, тоді як непрямі методи

використовуються частіше завдяки їхній простоті та дешевизні. Непряме вимірювання ВЧТ через сечовий міхур є золотим стандартом, при цьому нормальний рівень ВЧТ дорівнює близько 5 мм рт. ст. або 6-8 см водного стовпа.

Абдомінальний компартмент-синдром є стійким підвищенням ВЧТ більше 20 мм рт. ст. (27 см водного стовпа), яке може призвести до поліорганної недостатності. Для прояву АКС важливі швидкість збільшення ВЧТ та час, протягом якого зберігається підвищений рівень. Діагностика абдомінального компартмент-синдрому полягає у виявленні місцевих та системних ознак АКС, підвищеного ВЧТ.

Лікування абдомінального компартмент-синдрому може бути консервативним або хірургічним. Основні принципи консервативного лікування полягають у зниженні ВЧТ та зменшенні ознак поліорганної недостатності. Однак, хірургічна декомпресія черевної порожнини є головним методом лікування абдомінального компартмент-синдрому.

Висновки. Абдомінальний компартмент-синдром є серйозним ускладненням у пацієнтів з гострою абдомінальною патологією і має високу смертність. Проте, при правильному виборі діагностики та лікування можна досягнути зниження рівня ВЧТ більше ніж у 2 рази, зменшити ознаки поліорганної недостатності.

Є.А Очеретна, Р.В. Дяченко
ЗАСТОСУВАННЯ ENDOVAC ПРИ УРАЖЕННІ ТОНКОЇ КИШКИ
Кафедра кафедра хірургії №2
М. А. Гудзь (асистент, к. мед. н.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
Вінниця, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день, ушкодження проксимального відділу шлунково-кишкового тракту є досить поширеними та можуть призводити до серйозних ускладнень, включаючи перфорації та перитоніти. При застосуванні традиційної технології частота ускладненого перебігу складає від 34 до 42%, летальність - від 14 до 23%. EndoVAC є одним з ефективних методів подолання цих ускладнень, зокрема у тих випадках, коли інші методи лікування не дають задовільного результату.

Мета: визначити ефективність та основні переваги EndoVAC терапії над іншими методами лікування уражень тонкого відділу кишківника.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз публікацій з використанням порівняльного, описового та статистичного методів.

Результати: EndoVAC є малоінвазивним методом лікування, доступ проводиться через природні отвори, що сприяє зменшенню післяопераційних ускладнень і швидшому загоєнню ран в порівнянні з традиційними методами (хірургічною резекцією, введенням стенту чи закриття дефекту чепцем). Однак, це створює певні анатомічні обмеження, які можна вирішити за допомогою трансстомального підходу, що розширює доступ до зони операції, а також є більш комфортним для пацієнта і лікарів через нескладне ентеральне харчування.

У 2017 р. Laukoetter MG, Mennigen R, Neumann PA опублікували дослідження, в якому одну групу з 25 пацієнтів лікували за допомогою EndoVAC, а іншу (25 чоловік) користуючись традиційними методами. Було зафіксовано значно менше випадків розвитку септичних ускладнень (16% в дослідній групі у порівнянні з 40% в контрольній групі пацієнтів, що лікувалися традиційним методом). Час госпіталізації пацієнтів, що проходили EndoVAC, в середньому складав 15 діб, що на 38% менше, ніж у тих, що лікувалися традиційними

методами (24 доби). Загальна смертність у дослідній групі становила 9%, що майже вдвічі нижче за показник смертності в контрольній групі – 16%.

У 2018-2020 рр. Still S, Mencio M, Ontiveros E, також проводили дослідження, з участю 14 чоловік, традиційних методів лікування та EndoVAC, що показали скорочення середнього терміну госпіталізації на 32% (з 29 до 20 ліжко-днів), зниження летальності на 43% (21% і 12% відповідно).

Висновок: EndoVAC може бути ефективнішою за інші методи лікування уражень проксимального відділу тонкої кишки своєю малоінвазивністю, збереженням тканин зменшенням частоти післяопераційних ускладнень до 16%, зменшенням рівня летальності до 9%, тому може бути рекомендована не тільки для цивільного населення, а й для військових. Однак, успішність терапії значно залежати від розміру та місця перфорації, а також від часу, протягом якого пацієнту був встановлений діагноз. Отже, технологія EndoVac має значні перспективи і продовжує розвиватися, щоб забезпечити більш ефективну та безпечну ендоскопічну терапію для пацієнтів з різними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

В.Л. Павленко, А.В. Грижимайло

ОСОБЛИВОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

А.І. Сасюк (к.мед.наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК) це досить поширена та важка вада дитячого віку, яка характеризується западінням груднини та хрящової частини ребер, що може призвести до зменшення об'єму грудної клітини, стиснення легень, зміщення серця, внаслідок чого порушується їх функція. Крім того, ЛДГК може призвести до значного косметичного дефекту, що може спричинити психологічні проблеми, особливо в підлітковому віці.

Мета. Вивчити та порівняти результати хірургічного лікування дітей з ЛДГК, за допомогою резекційної методики та методики по Nuss-Park, за період з 2011 по 2022 рік в КНП ВОДКЛ ВОР

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих у КНП ВОДКЛ ВОР з діагнозом ЛДГК за період з 2011 до 2022 року. За цей період на лікуванні перебувала 51 дитина. З них 46 хлопчиків (90%) та 5 дівчаток (10%), середній вік пацієнтів – 14,1 роки. За період з 2011 до 2019 року 39 дітей були прооперовані резекційною методикою, середня кількість ліжкоднів після операції склала 16 діб, середня тривалість оперативного втручання – 197 хв., післяопераційні ускладнення було виявлено у 12 дітей (30%). За цей період пластини було видалено у 35 дітей (89%), середня тривалість носіння пластини склала 19,4 місяці. Середня тривалість операції по видаленню пластини – 94 хв., При даній методиці усі діти потребували дренивання загруднинного простору. За період з 2019 до 2022 року 12 дітей було прооперовано методикою по Nuss-Park, середня кількість ліжкоднів після операції склала 8,8 діб, а середня тривалість оперативного втручання – 118 хв., післяопераційні ускладнення було виявлено у 2 дітей (16%). За цей період пластину було видалено у 5 дітей (41,6%), середня тривалість носіння пластини склала 21 місяць, а середня тривалість операції по видаленню пластини склала 70 хв. Жодна дитина не потребувала дренивання загруднинного простору.

Результати. Таким чином, методика по Nuss-Park демонструє значні переваги над резекційною методикою, такі як: на 45% менша кількість ліжкоднів після операції, на 40% менша тривалість операції порівняно з резекційною методикою, на 25,5% менша тривалість операції з видалення пластини, на 46,6% менше післяопераційних ускладнень порівняно з резекційною методикою, а також відсутність потреби у дрениванні загруднинного простору.

Висновки. Отже, операція по методиці Nuss-Park є більш перспективною методикою при лікуванні ЛДГК порівняно зі «старішою» резекційною методикою, оскільки вона є менш інвазивною, набагато менш травматичною, при ній практично відсутня крововтрата, що забезпечує легший післяопераційний період для дітей, меншу частоту ускладнень, а також, що не менш важливо, кращу корекцію косметичного дефекту.

А.Р. Павлюк

ОБСТРУКТИВНА РЕЗЕКЦІЯ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ У ВІЙСЬКОВИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ АБДОМІНАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ

Кафедра хірургії №2

М.І. Покидько (д.мед.н,професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: вперше обструктивна резекція тонкої та товстої кишки була проведена американськими хірургами і в 1980-х роках була введена до медичних протоколів, як метод лікування важкої абдомінальної травми. В 1993 році був введений термін – Damage control surgery(DCS), в Україні використовують термін – обструктивна резекція. Якщо переглядати статистику військових, що були поранені на фронті, то великий відсоток складають військові з абдомінальними пораненнями тонкої та товстої кишки. В АТО з 2014 по 2015 роки загальний відсоток абдомінальних травм склав – 11,7% від всіх видів травм. За даними АТО/ООС летальність з загальної кількості абдомінальних травм складає – 26,7%.

Мета: визначити доцільність обструктивної резекції тонкої та товстої кишки у військових з вогнепальними абдомінальними пораненнями.

Матеріали та методи: при вивченні даного питання було проаналізовано і опрацьовано дані статистики, вітчизняні та іноземні джерела: Клінічна хірургія К.В. Гуменюк, Г.А.Прохоренко 2021«Особливості хірургічної тактики при пораненнях і травмах товстої кишки в умовах ведення бойових дій»;National Library of Medicine; Хірургія вогнепальних поранень та бойової травми 2021 К.В. Гуменюк, І.П.Марцинковський.

Результати: проаналізувавши статистику та літературні джерела визначили, що проведення обструктивної резекції тонкої та товстої кишки у військових з вогнепальними абдомінальними пораненнями дає змогу стабілізувати потерпілого, який поступив до шпиталю в стані шоку з політравмою. Хірурги роблять доступ в живіт, знаходять вражену ділянку тонкої чи товстої кишки, видаляють пошкоджену ділянку, зашивають кінці кишки, де було проведено видалення, зашивають живіт і передають потерпілого для подальшої стабілізації. Після стабілізації потерпілого переводять з польового шпиталю до лікарні в тилу, де вже потерпілий буде оперований в стабільному стані. В подальшому це дає змогу пацієнту швидше одужати.

Висновки: обструктивна резекція тонкої та товстої кишки у військових з вогнепальними абдомінальними пораненнями є необхідним і надзвичайно корисним методом хірургічного втручання, адже воно дає можливість стабілізувати пацієнта і зменшити кількість смертельних випадків. Обструктивна резекція тонкої та товстої кишки має

використовуватися, при потребі, у всіх польових шпиталях, тому що там головна ціль – це стабілізація постраждалого.

Д.С. Петюх

ПОРІВНЯННЯ ШКОЛИ ALVARADO ОЦІНКИ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ НА АПЕНДИЦИТ (AIR) І RIPASA У ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Кафедра хірургії №2

Т.О. Мельник (асистент кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: апендицит, який є найпоширенішою невідкладною хірургічною операцією, в першу чергу діагностується клінічно, але зазвичай має діагностичні труднощі, особливо для молодих хірургів, тому вимагає системи оцінки, яка повинна бути легка у застосуванні та точна в діагностиці апендициту, з низьким негативним результатом апендектомії. За останні десятиліття було розроблено кілька клінічних балів, які зараз використовуються для покращення діагностики та управління ризиками пацієнтів із підозрою на гострий апендицит. Однак деякі з них демонстрували різні значення чутливості та специфічності. Найпоширенішими є оцінки Alvarado, AIR та RIPASA.

Мета: оцінка та порівняння діагностичної точності модифікованих систем оцінки Alvarado, AIR, RIPASA для діагностики гострого апендициту.

Матеріали та методи: пошук, аналіз та узагальнення наукових публікацій із ресурсів Medach, MEDLINE, Scopus, PubMed.

Результати: було порівняно системи RIPASA, Alvarado та AIR, застосувавши їх до 300 пацієнтів. Усі бали були розраховані для пацієнтів, які мали біль у правому квадранті. Проведено апендектомії, а потім звіти про післяопераційну патологію корелювали з балами. Середній вік пацієнтів становив $28 \pm 10,0$ років, чоловіків було 176 осіб. Чутливість і специфічність оцінки RIPASA становили 93,18% і 91,67% відповідно. Чутливість балів Alvarado та AIR становила 78,41%. Специфічність балів Alvarado та AIR становила 100% та 91,67% відповідно. Оцінка RIPASA правильно класифікувала 93% усіх пацієнтів, у яких гістологічно підтверджено гострий апендицит, порівняно з 78,41% за оцінками Alvarado та AIR.

Висновок: система оцінки RIPASA більш чутлива, ніж системи Alvarado та AIR, але низька специфічність формує потребу в додаткових засобах для встановлення точного діагнозу. Однак, широке та безпечне використання цих тестів рекомендується в системах охорони здоров'я, де відсутні електронні діагностичні тести, наприклад у сільських лікарнях.

І. Ю. Повар

ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ АТРЕЗІЇ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ

Кафедра ЛОР-хвороб

І. В. Дмитренко (завуч кафедри, доцент, к.м.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: вроджена атрезія зовнішнього слухового ходу – вада розвитку вуха, що виявляється при народженні, включає різні ступені недостатності розвитку зовнішнього

слухового ходу. Зазвичай є односторонньою і частіше зустрічається у чоловіків. Хірургічне лікування вродженої атрезії зовнішнього слухового ходу є однією з найскладніших процедур, прогнози є варіабельними. Альтернативою є підсилювальні пристрої, такі як слухові апарати з кістковою провідністю на м'якій або жорсткій пов'язці.

Мета: визначити доцільність хірургічної корекції вродженої атрезії зовнішнього слухового ходу на основі результатів дослідження слуху та ускладнень після здійснення реконструкції зовнішнього слухового ходу.

Матеріали та методи: аналіз та узагальнення наукових публікацій з ресурсів PubMed, MedScape, Google Scholar за 2013-2020 роки.

Результати: проаналізувавши дослідження ретроспективного огляду карт пацієнтів, що перенесли хірургічну корекцію атрезії зовнішнього слухового ходу в 1985-2002 роках до і після модифікацій хірургічної техніки (аргоновий лазер, тонші шкірні трансплантати), різниця кісткової і повітряної провідності (РКПП) знаходилась в діапазоні до 30 дБ під час короткострокового спостереження після операцій з використанням модифікованої хірургічної техніки у 63% пацієнтів і в 44,5% до цих змін. Після тривалого післяопераційного періоду різниця у межах 30 дБ спостерігали в 50% пацієнтів після операцій зі зміною техніки і в 47% до цих змін. Стеноз м'яких тканин і кісткове розростання зовнішнього слухового ходу спостерігали після 3,8% операцій після зміни техніки і в 13,9% операцій до цих змін, а рефіксацію ланцюга кісточок спостерігали після 3,8% операцій після модифікації хірургічної техніки і в 25% операцій до таких змін. Порівнюючи статті з оцінкою порогу недиференційованої розбірливості мови (ПНРМ) та РКПП у пацієнтів після атрезіопластики та після встановлення остеоінтегрованого слухового апарату кісткової провідності виявлено, що у 73% пацієнтів після операції ПНРМ був нижче 30 дБ, а у 69% РКПП нижче 30 дБ. Результати погіршились з часом. Серед пацієнтів з слуховим апаратом 96% мали ПНРМ нижче 30 дБ, а 98% мали РКПП нижче 30 дБ. Також не виявлено суттєвої різниці в якості життя та частоті хірургічних ускладнень при атрезіопластичі та імплантації пристроїв.

Висновки: удосконалення хірургічних методів лікування вродженої атрезії зовнішнього слухового ходу може призвести до відчутних покращень результатів атрезіопластики. Також слід зазначити, що результати оцінки слуху у пацієнтів зі встановленим остеоінтегрованим слуховим апаратом кісткової провідності є кращими, ніж у пацієнтів після хірургічної корекції, за рахунок забезпечення якісної звукопередачі та відсутності погіршення результатів слуху з часом, але частота ускладнень є подібними.

І. Ю. Повар

ВАКУУМНА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

Кафедра хірургії №2

М. А. Гудзь (асистент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: розташування колоректального анастомозу є одним з визначальних факторів його неспроможності, чим дистальніше, тим вища ймовірність неспроможності. Вакуумна терапія за допомогою ендо-губки є мінімально-інвазивною технікою лікування неспроможності колоректальних анастомозів та є альтернативою великим операціям.

Мета: оцінка ефективності та безпеки використання EndoVAC у пацієнтів з неспроможністю колоректального анастомозу.

Матеріали та методи: аналіз та узагальнення наукових публікацій з ресурсів PubMed, MedScape, Google Scholar за останні 7 років.

Результати: у дослідженні, Ahmet Surek at al. 2021, була проведена ретроспективна оцінка медичних карт 33-ьох пацієнтів, що перенесли низьку передню резекцію при колоректальному раку та отримували лікування за допомогою терапевтичної системи EndoVAC у зв'язку з виявленням неспроможності анастомозу. 30 пацієнтів одужали без необхідності додаткового лікування, середня кількість застосувань EndoVAC – 5,8 (від 1 до 12) для кожного пацієнта, середня тривалість госпіталізації пацієнтів становила 24,5 (від 9 до 92) днів. У дослідженні Alessandro Mussetto at al. 2017, проводилась перевірка довгострокової ефективності вакуум-ассистованої терапії за допомогою Endo-SPONGE у 11 пацієнтів, що мали неспроможність колоректального анастомозу. Було проведено сигмоїдоскопію для визначення ступеня дефекту анастомозу. У 10 пацієнтів спостерігалось закриття нещільності анастомозу після 16 змін губок. Невдача лікування спостерігалась у одного пацієнта, після 23 сеансів ендоскопічного лікування спостерігався збільшений розмір дефекту. Робота Solafa Abdalla 2020, було проведено у 8 центрах французької дослідницької групи GRECCAR, в нього були включені 47 пацієнтів, що проходили ендолюмінальну вакуумну терапію з приводу неспроможності колоректального/колоанального анастомозу з 2012 по 2017 рік. В середньому було проведено 6,6 (\pm 5,8) замін за загальну тривалість лікування 27 (\pm 3,4) днів, що у 81% пов'язано з відведенням стоми. Успішного лікування вдалось досягти у 26 пацієнтів (55%), кращий рівень успішності спостерігався у пацієнтів, що проходили первинну вакуумну терапію і у випадках, коли терапія була розпочата протягом перших 15 днів.

Висновки: EndoVAC є корисною альтернативною системою для мінімально-інвазивного, безпечного та ефективного лікування неспроможності колоректального анастомозу без необхідності повторної операції. Вакуумна терапія є ефективнішою у пацієнтів, яким вона використовується як первинне лікування.

Д.Д. Присяжнюк
**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИКОРИСТАННЯ ІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК ДЛЯ
ЛІКУВАННЯ ЛДГК У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячої хірургії
Є.Є. Лойко, (к.мед.наук., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Rectus excavatum є найпоширенішою вродженою деформацією грудної клітки, і найчастіше лікується хірургічними методами. Незважаючи на широке застосування обох методів (модифікована резекційна методика Равіча та малоінвазивна загрудинно-реберна техніка Насса), порівняльних даних щодо їх ефективності недостатньо.

Мета. Дослідити та порівняти результати хірургічного лікування лійкоподібної деформації грудної клітки II-III ступеню у дітей, застосовуючи методи Равіча-Халлера та Насса-Парка.

Матеріали та методи. Ретроспективне дослідження провели на 22 дітях у віці 15,1+-1,1 роки зі ступенем ЛДГК II-III, що лікувалися в КНП ВОДКЛ ВОР. З них 21 хлопчик та 1 дівчинка. Загалом, 54,5% дітей мали II ступінь, а 45,5% мали III ступінь ЛДГК. Оперативне втручання провели згідно з методом Равіча-Халлера в 13 дітей з першої групи (59,1%) та Насса-Парка в 9 дітей з другої групи (40,9%). Міські жителі домінували (72,7%) в обох групах.

Результати.

Хірургічне лікування лікоподібної деформації грудної клітки II-III ступеню за методом Насса-Парка має переваги над методом Равіча-Халлера. Так, у дітей, які проходили операцію за методом Насса-Парка, була менша тривалість операції (в 2 рази), менша кількість днів в ліжку (в середньому на 7 днів менше), менша кількість післяопераційних ускладнень (22,2% проти 53,8%), менше рецидивів захворювання (у 5 разів) і менша кількість повторних операцій (у 3 рази).

Висновки. Малоінвазивна за грудино-реберна техніка Насса є більш ефективним методом корекції лікоподібної деформації грудної клітки II-III ступеня у дітей порівняно з модифікованою резекційною методикою Равіча-Халлера. Операція за методом Насса-Парка виконується швидше, має меншу тривалість стаціонарного лікування, менше післяопераційних ускладнень та рецидивів захворювання, а також менше потребує повторних операцій.

К.А. Саєнко, Є.А. Саєнко

ВПЛИВ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ІМУННИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ З ГОСТРИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра хірургії № 2

М.А. Гудзь (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: гострий некротичний панкреатит (ГНП) залишається важливою проблемою в ургентній хірургії (Arvanitakis M at al. 2018). Розвиток інфекційних ускладнень ГНП напряму залежить від стану захисних систем організму та можливостей кишкового бар'єру попередити транслокацію збудника у вогнище панкреонекрозу (Roberts, S.E. at al. 2017). Використання традиційних підходів у вигляді профілактичної антибактеріальної терапії не завжди дозволяє досягти позитивного клінічного ефекту, через низьку penetрацію антибіотика в уражену підшлункову залозу. Отож перевага має бути надана покращенню стану локальних та системних факторів захисту організму (Jabłońska, B. 2021).

Мета: дослідити вплив раннього ентерального харчування на імунний профіль хворих з ГНП із визначенням динаміки змін гуморальної (IgA, IgM, IgG) та клітинної (CD3, CD4, CD8) ланок імунітету.

Матеріали і методи: проаналізовано дані карт 64 стаціонарних хворих з ГНП, що перебували на лікуванні в хірургічному відділенні КНП МКЛШМД з 2012 по 2022 рік. Хворі були поділені на групу порівняння (31) та основну групу (34). Виконання імунограми у пацієнтів обох груп на початковому етапі захворювання продемонструвало поглиблення процесів виснаження імунної відповіді. Визначено зниження загальної популяції CD3, показник Т-хелперів мав аналогічну динаміку, а рівень CD8 прогресував. Неефективність гуморальної функції імунітету відображалась по зниженню IgG, IgM. IgA мав динаміку до різкого зменшення.

Включення раннього ентерального харчування в комплекс лікувальних заходів при ГНП дозволило стимулювати всмоктування, моторику кишечника, зменшило явища ентеральної недостатності і покращити імунний профіль хворих. Порівняльний аналіз показників імунного профілю у хворих основної і групи порівняння, показав, що застосування раннього ентерального харчування сприяло покращенню результатів лікування. Виявлено прискорене відновлення кількості CD3 на 24,3%, прискорюється динаміка зростання Т-хелперів на 21,1%,

зменшується кількість CD8 на 15,7%. Визначено зростання рівня IgG – 33%, IgM - 34,5%, а IgA збільшується на 61,7%.

Висновки: використання раннього ентерального харчування в комплексі лікувальних заходів при ГНП сприяє покращенню функції факторів клітинного і гуморального імунітету, забезпечуючи попередження транслокації мікроорганізмів у вогнища панкреонекрозу.

Є.А. Саєнко, К.А. Саєнко

БІЛЬ У ВУСІ (ОТАЛГІЯ) ВУШНІ ТА НЕВУШНІ ПРИЧИНИ

Кафедра ЛОР-хвороб

І.В. Дмитренко (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Оталгія – одна із основних скарг дорослих і дітей, яка змушує звернутися до оториноларинголога. Залежно від причин виникнення біль у вусі може бути первинним та вторинним.

Мета: Дослідити та проаналізувати причини, питання клініки вушних та невушних причин оталгії.

Методи і матеріали: проведено ретроспективний аналіз публікацій з ресурсів PubMed, GoogleScholar, Medline за 2008-2022 рр.

Результати: Основними причинами оталгії при травмах є перелом зовнішнього слухового проходу (33%), стороннє тіло (13%), перфорація барабанної перетинки (3%); ці травми можуть супроводжуватися кровотечею з вуха, слизово-гнійними виділеннями. Також біль виникає при середніх отитах (55%), баротравмі (13%), дисфункції слухової труби (9%), бульозному мірингіті (2%).

Вухо має чимало чутливих закінчень від кількох ЧМН і шийних нервів, що забезпечують сенсорну іннервацію інших ділянок голови, шиї, тому патологічні процеси в інших органах можуть спричинити вторинний вушний біль. До цих патологій відносяться хвороби скронево-нижньощелепного суглоба (10%); патологія зубів (23,3%): карієс, абсцес, пульпіт, запалення ясенних кишень тощо; запалення та пухлини привушної слинної залози (2%) – оталгія виникатиме при подразненні аурикуло-темпорального нерва. Наступні патології, що супроводжуються подразненням IX пари ЧМН і спричиняють вторинну оталгію, – тонзиліт (31,1%), фарингіт (16%), синусити (5,3%), пухлини глотки (3,3%), пухлини гортані (2%). Пухлини мосто-мозочкового кута (1%), оперізуючий герпес (8%), колінчаста невралгія (8%) можуть вражати гілки VII пари ЧМН, що також призводить до виникнення оталгії. Вторинна оталгія може бути спричинена подразненням С2 і С3 шийних нервових корінців, запаленням або дегенеративними змінами шийного відділу хребта (4%), травмами шиї (15%), цервікальними менінгіомами. Окрім того, серед неотогенних причин, які можуть спровокувати вторинний вушний біль, певне місце посідають захворювання стравоходу (4-10%): езофагіт, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, кила стравохідного отвору діафрагми внаслідок подразнення гілок X пари ЧМН. Оталгія може бути єдиним симптомом у 6% пацієнтів з інфарктом міокарда внаслідок стимуляції нерва Арнольда - вушної гілки блукаючого нерва.

Інтенсивність болю залежить від стадії хвороби, зміщення структур вуха, надмірного звуку, що необхідно також враховувати при лікуванні.

Висновки: Лікування оталгії включає не тільки ступеневе використання знеболюючих препаратів, але й усунення первинної причини (видалення стороннього тіла, парацетез, деінервація зуба тощо).

М.В. Свічка, А.В. Мороченець
**НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ПИТАНЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ,
ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ТА ІНФІКОВАНИХ РАН**

Кафедра загальної хірургії

А.В. Фуніков (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема дефекту м'яких тканин характеризується високою частотою отримання, складністю лікування та значним відсотком інвалідності. В Україні щороку 100 тис. людей отримують опіки і до 3 тис. – помирає.

Мета: Розробити ранозагоювальний препарат, який можна використовувати на всіх стадіях ранового процесу. Запровадження РЗК «Унібіол» в місцеве лікування дає змогу покращити лікування пацієнтів з трофічними виразками та опіками, скоротити їх тривале перебування у стаціонарі.

Матеріали та методи: Використання нашого препарату в комплексному лікуванні зазначених вище патологій випробовано нами у 58 пацієнтів протягом 2015-2022 рр. Було 17 (30%) потерпілих з опіками I-IV ступенів та 41 (70%) пацієнт із трофічними виразками. На базі нашої клініки проводили лікування пацієнтів з поверхневими опіками від 1 до 7% загальної площі, глибокими – не більше 2%. Зважаючи на це, поверхневі опіки загальною площею 10% та глибокі – більше 5% потребують лікування в опіковому центрі. Опіки IV ст. площею більше 3% можуть викликати розвиток опікової хвороби. Що стосується лікування опіків у дітей, наша робота також проводилась на базі дитячого хірургічного відділення обласної клінічної лікарні м.Житомир. Ранозагоювальна композиція (РЗК) являє собою БАР, в складі якої жирові емульсії рослинного та тваринного походження, високоактивні ферменти, десенсибілізуючі та бактерицидні комплекси. Застосування препарату: після етапної пошарової некректомії, зрошувальної санації антимікробним комплексом та гелій-неонового лазерного опромінення ранової поверхні, ранозагоювальна композиція наноситься на 4-х шарову серветку і накладається на рану. Зверху накладається серветка з 6-8 шарів марлі. Перев'язка проводиться 2 рази на добу. При промоканні серветок пов'язка змінюється позачергово.

Результати: Дана схема такого місцевого лікування полягає в динамічній епітелізації ранової поверхні, або утворенні нижніх еластичних рубців без косметичної деформації. У деяких випадках глибоких опіків можна було навіть спостерігати острівцеве відновлення сосочкового шару. Тому, застосування РЗК «Унібіол» у комплексному лікуванні дефектів м'яких тканин насамперед забезпечує живлення тканин на різних етапах місцевого лікування, створюючи умови для швидкого загоєння ран.

Висновок: До існуючих завдань, які вирішуються на кожній стадії ранового процесу, слід додати завдання: «Живлення тканин на всіх етапах лікування» - ліки повинні харчувати, а харчі – лікувати. Запропонований новий підхід до локалізованого лікування обмежених опікових ран і ранових поверхонь включає ранню пошарову поетапну некректомію, зрошувальну санацію антимікробним комплексом та подальше використання запропонованої ранозагоювальної композиції, яка дозволяє оптимізувати місцеве лікування.

Г.Г. Сирота
**ІННОВАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ У ЛІКУВАННІ ЧИСТИХ РАН: ОСНОВНІ АСПЕКТИ ТА
НОВІТНІ ДОСЯГНЕННЯ**

Кафедра загальної хірургії

Р.А. Лутковський (д.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Загоєння чистих ран - це вузькоспеціалізований багатофазний процес відновлення пошкоджених тканин за допомогою складного механізму. Незважаючи на розробку різноманітних схем терапії, оцінка та лікування чистих ран залишаються складними та досить актуальними питаннями. Нині використовуються різні підходи, однак вони не є задовільними, тому існує нагальна потреба в розробці конкурентних та інноваційних стратегій терапії, які сприятимуть ефективності загоєння чистих ран.

Мета. Надати актуальний огляд прогресу в загоєнні та лікуванні чистих ран із застосуванням інноваційних підходів. Виявити способи лікування та запобігання ускладнень ранового процесу при їх використанні.

Матеріал та методи. Аналіз медичних статей та сучасної наукової літератури; узагальнення та систематизація отриманих даних. Порівняльний та описовий методи.

Результати. Терапевтичні стратегії, які нині використовуються для загоєння чистих ран включають: гідрогелеві пов'язки, місцеве введення ліків і факторів росту, кисневу терапію, різні трансплантати, електротерапію та терапію негативним тиском. Незважаючи на те, що ці способи лікування прості у використанні та добре вивчені, все ще залишаються різноманітні обмеження та недоліки (імунне відторгнення, хворобливе загоєння, утворення рубців; обмежена біодоступність факторів росту; адгезивність пов'язок, відсутність здатності поглинати великий об'єм ексудату та ін.). Таким чином, розробка економічно ефективного та неінвазивного лікування є важливою для якісного загоєння чистих ран. У пошуках покращених методів, були досліджені різні підходи, такі як: нанотерапія, терапія стовбуровими клітинами, 3D-біодрук, терапію на основі ЕСМ та збагаченою тромбоцитами плазмою (PRP) а також лікування холодною атмосферною плазмою. Провівши порівняльний аналіз, можна твердити, що інноваційне лікування ран має багато переваг (зменшення ризиків інфекції, доставка ліків доглибших тканин; подолання сепсису та уповільненого загоєння; зменшення бактеріального навантаження та індукування гемостатичного процесу завдяки активним формам кисню та азоту). Такі методи добре переносяться пацієнтами, мають мінімальні побічні реакції, просту методологію, безпеку та економічну ефективність.

Висновок. Таким чином, незважаючи на поширені дослідження, все ще залишаються серйозні проблеми у сфері регенерації шкіри. І оскільки із загоєнням пов'язані численні клітинні та молекулярні механізми, жодного окремого лікування не достатньо для повного загоєння чистої рани. Для подолання цих обмежень і подальшого розвитку, були досліджені різноманітні інноваційні стратегії лікування. Ми надали огляд різних сучасних методик, які зараз використовуються в США для покращення загоєння, а також їхні переваги та недоліки. Ці нові підходи відкрили нові шляхи, мають великий потенціал і значні перспективи для покращення лікування чистих ран в Україні.

М.Г.Сирота
**ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ОСКОЛКОВОЇ ТРАВМИ М'ЯКИХ ТКАНИН
НИЖНІХ КІНЦІВОК ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ РОТАЦІЙНОГО КЛАПТЯ
«PROPELLER FLAP» ДЛЯ ПЛАСТИКИ ОБШИРНИХ ДЕФЕКТІВ У КОМБІНАЦІЇ ІЗ
VAC - АСИСТОВАНИМ ЗАКРИТТЯМ РАН**

Кафедра хірургії №1
А.М.Форманчук (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність. На сьогоднішній день лікування мінно-вибухової травми є значним викликом для всіх хірургів України. Із початком військової агресії російської федерації проти нашої держави хірургічна спільнота зустрілась із неабиякими труднощами в лікуванні та реконструкції дефектів зумовлених масивними мінно-вибуховими ушкодженнями кінцівок. Наразі дедалі більшої популярності набуває впровадження у хірургічну практику використання VAC(вакуум-асистованого закриття ран), що сприяє кращим результатам загоєння ран, зменшенню ранових порожнин, які в подальшому закриваються за допомогою пластики з використанням розщепленого шкірного трансплантата або ротаційного клаптя [Schmidt K., 2019; Webster J, 2014].

Мета. Порівняти результати лікування та якості життя пацієнтів із масивними вогнепальними осколковими дефектами нижніх кінцівок із використанням ротаційних клаптів на судинній ніжці із VAC-асистованим закриттям ран та при традиційному лікуванні за допомогою перев'язувального матеріалу.

Матеріали та методи. Виконано лікування 20 пацієнтів із масивними вогнепальними дефектами тканин нижніх кінцівок. Усім пацієнтам на початкових етапах лікування виконували хірургічну обробку ран та лікування негативним тиском (NPWT). Основну групу склали 10 пацієнтів із пластикою дефектів ротаційним клаптем на ніжці та наступним VAC-асистованим лікуванням ран. Групу порівняння склали 10 пацієнтів із пластикою дефектів ротаційним клаптем на ніжці та лікуванням рани під пов'язкою.

Хворим виконувалось клінічне обстеження, загальнолабораторні методи дослідження. Якість життя визначалась за опитувальником шкали функціональної оцінки нижніх кінцівок LEFS.

Результати. У пацієнтів основної групи було 1 нагноєння операційної рани. У пацієнтів контрольної групи було 2 нагноєння операційної рани, 1 розходження швів, 2 крайових некрози клаптів. Ліжкодень після виконання пластики пацієнтів основної групи становив $(8,1 \pm 1,12)$. Пацієнтам контрольної групи застосовували традиційне лікування післяопераційних ран під марлевою пов'язкою, що зумовило необхідність проведення в середньому 7 хірургічних ревізій внаслідок ускладнень, що відповідно збільшило ліжкодень до $(14,9 \pm 2,9)$. Інтенсивність больового синдрому у пацієнтів основної групи була $5 \pm 0,5$ на відміну від контрольної - $7 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). Позитивна динаміка лабораторних показників спостерігалась в обох групах дослідження ($p > 0,05$). Результати опитування LEFS пацієнтів основної групи були кращі, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$).

Висновок. Лікування пацієнтів із масивними вогнепальними осколковими дефектами нижніх кінцівок із використанням ротаційних клаптів на судинній ніжці у комбінації із VAC-асистованим закриттям ран дозволяє зменшити кількість гнійно – запальних ускладнень у основній групі, зменшити кількість повторних хірургічних ревізій під загальним знеболенням та скоротити післяопераційний ліжкодень в середньому на 7діб.

М.В. Скобенко, Б.П.Рижков
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ FAST-ПРОТОКОЛУ У ПОРАНЕНИХ

Кафедра хірургії № 2

В.В. Лесний (К.мед.н., асист.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Актуальність: The Focused Assessment with Sonography in Trauma(Fast протокол), або розширена фокусована сонографічна оцінка при травмах — це швидке неінвазивне ультразвукове дослідження, спрямоване на ургентну діагностику постравматичної вільної рідини в черевній, перикардальній та плевральній порожнинах. В умовах війни значно підвищується показник травматизму та випадків вільної рідини в порожнинах, пошкоджень органів, судинних уражень та інших ушкоджень (наприклад, пневмоторакс),ургентна неінвазивна діагностика травми може врятувати життя військовому. Фактично, внутрішньоочеревинна кровотеча виникає у 12% випадків тупої травми; тому дуже важливо швидко визначити травму.

Мета: Проаналізувати особливості застосування FAST – протоколу у поранених.

Матеріали і методи: В основу дослідження покладений аналіз 30 медичних карт стаціонарних пацієнтів цивільних поранених. Критеріями включення у дослідження були: госпіталізація поранених в ургентному порядку з клінікою вогнепального поранення, невогнепальної травми; мінно-вибуховою травмою у терміни до 1 годин з моменту травми. Досліджувальна група складалася з 10 (33,3%) жінок та 20 (66,7%) чоловіків. Середній вік поранених склав $(45,5 \pm 3,5)$ років. В залежності від кількості та локалізації ушкоджень виділено: ізольовані — 8 (26,7%) поранених; множинні — 10 (33,3%); поєднані — 12 (40%). Наявність ознак травматичного шоку діагностовано у 20 (66,7%) поранених: травматичний шок I ступеня — 14 (46,7%) поранених; травматичний шок II ступеня — 6 (20%). Всім пораненим було виконано сонографічне обстеження з використанням портативного бездротового конвексного ультразвукового датчика у В-режимі за протоколом FAST.

Результати дослідження: Згідно протоколу FAST проводилося дослідження у 6 стандартизованих точках. У I точці (гепаторенальна кишеня Морісона) виявлена вільна рідина у 5 (16,7%) поранених. У II точці (спленоренальна кишеня Колера) діагностована вільна рідина у 7 (23,3%) поранених. У III точці (субкостальна) у жодного пораненого не було виявлено рідини у перикарді. У IV точці (дугласовий простір) виявлена вільна рідина у 10 (33,3%) поранених з товщиною шару більше 10 мм. У V, VI (легеневих точках) у II міжребер'ї по середній ключичній лінії діагностовано симптом штрих-коду у 3 (10%) поранених. У цілому протокол ургентного ультразвукового дослідження FAST був позитивний у 13 (43,3%) поранених, що дозволило своєчасно діагностувати внутрішньоочеревну кровотечу у 10 (33,3%) поранених та напружений пневмоторакс у 3 (10%).

Висновки: Використанням портативного бездротового конвексного ультразвукового датчика дозволяє проводити удосконалене медичне сортування пацієнтів на базі приймального відділення під час проведення ATLS-протоколу. Задовільна візуалізація вільної рідини у черевній порожнині та вільного повітря у плевральній порожнині дозволяє відразу прийняти рішення про проведення хірургічного втручання. Застосування сучасних портативних гаджетів покращує надання невідкладної медичної допомоги.

Т.І. Супрун
ТРАНСАНАЛЬНА ГЕМОРОЇДАЛЬНА ДЕЗАРТЕРІАЛІЗАЦІЯ
Кафедра оперативної хірургії та клінічної анатомії
Б.В. Сидоренко (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Геморой – варикозне розширення кровоносних судин прямої кишки, що може призвести до багатьох ускладнень, серед яких випадіння цих судин, інфекційне запалення, кровотечі або тромбози. За статистикою, приблизно 15% дорослого населення Землі страждають на геморой, тобто приблизно 150 осіб з 1000. Класичним радикальним методом хірургічного лікування вважається гемороїдектомія, проте менш інвазивною та малотравматичнішою вважається трансанальна гемороїдальна дезартеріалізація (ТГД).

Мета: Описати проведення трансанальної гемороїдальної дезартеріалізації та виокремити її переваги і недоліки в порівнянні з гемороїдектомією.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій і досліджень іноземних учених із приводу даного питання.

Результати: Під час виконання ТГД використовують спеціальний аноскоп і доплерівський датчик. Пацієнт знаходиться під місцевою або загальною анестесією, через анальний отвір вводять аноскоп і за допомогою доплерівського датчика шукають гемороїдальні артерії. Ці артерії перев'язують швом, аби зменшити кровотік до операційної ділянки. Шов розсмоктується самостійно, тому, як наслідок, обезкровлені гемороїдальні судини некротизуються. У цьому й полягає головна відмінність трансанальної гемороїдальної дезартеріалізації від гемороїдектомії, адже під час останньої гемороїдальні вузли повністю відсікають. Важливим протипоказанням для ТГД є рак прямої кишки або порушення згортання крові в пацієнта. Часто разом із трансанальною гемороїдальною дезартеріалізацією проводять мукопексію(проктопластику) – зашивання внутрішніх гемороїдальних вузлів усередину прямої кишки. Хірург прошиває необхідну ділянку й підтягує вузол. Перев'язані судини спочатку зменшуються, а потім втягуються. Іноді трапляється косметичний дефект у вигляді так званої «кишкової торочки», який можна видалити за допомогою радіохвильового апарату.

Висновки: Можна дійти висновку, що трансанальна гемороїдальна дезартеріалізація характеризується малотравматичністю, швидким відновленням пацієнта та майже абсолютною відсутністю больових симптомів у ділянці прямої кишки. У порівнянні з гемороїдектомією ризик отримати ускладнення є мінімальним, ТГД не передбачає жодних розсікань або розрізів і є досить успішним хірургічним втручанням – рецидив трапляється менше, ніж в 1 % пацієнтів. Метод гемороїдектомії наразі використовують нечасто, адже постопераційні ускладнення є в кожного 10 хворого: парапроктит, нетримання калу, пролапс прямої кишки, кровотечі та запор.

І. О. Танасійчук, К. Р. Міськова
**ПОРІВНЯННЯ РАННІХ (СТАЦІОНАРНИХ) РЕЗУЛЬТАТІВ ОДНОМОМЕНТНОЇ
ЧЕРЕЗМІХУРОВОЇ ТА ЗАЛОБКОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЙ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ
ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПРОСТАТИ**

Кафедра хірургії №1 з курсом урології
В.І. Горовий (к. мед. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Згідно рекомендацій Європейської асоціації урологів (EAU, 2022) відкриті простатектомії (черезміхурова, залобкова) є операціями першого вибору при хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати (ДГП) великих розмірів (більше 80 см³). В українській літературі відсутні роботи стосовно порівняння результатів одномоментної черезміхурової та залобкової простатектомій.

Мета: Порівняти ранні (стаціонарні) результатів одномоментної черезміхурової та залобкової простатектомій при хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати.

Матеріали та методи: В урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за останні 2 роки (2021-2022 рр.) виконано 30 одномоментних черезміхурових простатектомій та 120 одномоментних залобкових простатектомій хворим із ДГП. Середній вік хворих, які перенесли одномоментну черезміхурову простатектомію, становив $67,6 \pm 6,8$ років, одномоментну залобкову простатектомію $-68,0 \pm 7,2$ років; відповідно індекс маси тіла $28,6 \pm 3,7$ та $28,8 \pm 3,5$; рівень простатспецифічного антигена – $3,9 \pm 1,2$ нг/мл та $4,1 \pm 1,3$ нг/мл; об'єм простати за даними ультразвукового дослідження - $93,7 \pm 38,4$ см³ та $94,4 \pm 42,3$ см³.

Результати: Середня тривалість виконання одномоментної залобкової простатектомії переважала над середньою тривалістю одномоментної черезміхурової простатектомії ($81,1 \pm 17,4$ хв. проти $67,2 \pm 15,3$ хв.), як і інтраопераційна крововтрата ($520,5 \pm 67,4$ мл проти $314,5 \pm 52,3$ мл). Але кількість післяопераційних кровотеч із ложа простати, яка вимагала переливання компонентів крові, переважала після виконання одномоментної черезміхурової простатектомії (3 випадки або 13,3% проти 9 випадків або 7,5 %). Через післяопераційну кровотечу жодного хворого повторно не оперували. Середній післяопераційний ліжко-день також переважав після виконання одномоментна черезміхурова простатектомії ($14,3 \pm 3,2$ проти $9,8 \pm 2,9$).

Висновки: Порівняння стаціонарних результатів одномоментної черезміхурової та залобкової простатектомій при хірургічному лікуванні ДГП великих розмірів виявило більшу тривалість та інтраопераційну крововтрату при виконанні одномоментної залобкової простатектомії, але менший відсоток після операційних кровотеч, що свідчить про більш надійніший інтраопераційний гемостаз ложа простати при виконанні одномоментної залобкової простатектомії. Одномоментна залобкова простатектомія характеризується також більш коротшим післяопераційним ліжко-днем. Необхідно провести подальші дослідження із статистичною обробкою та оцінкою ранніх і віддалених результатів одномоментної черезміхурової та залобкової простатектомій при хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати великих розмірів.

У.А. Тітарова, Є. О. Філонова

ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНОГО НЕГАТИВНОГО ТИСКУ У ЛІКУВАННІ РАН НА ПРИКЛАДІ VAS-СИСТЕМИ

Кафедра загальної хірургії

А.В. Фуніков (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема лікування гострих та хронічних гнійних ран набула неабиякої актуальності сьогодні. Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, гнійні захворювання зустрічаються в третини хірургічних хворих, що вимагає впровадження методів, які за короткий термін допоможуть досягнути деконтамінації ран.

Мета: Описати механізм дії, спосіб та переваги застосування топічного негативного тиску.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines, систематизація та статистичний метод.

Результати: Головними компонентами VAC-системи є губка та негативний тиск, що становить 120 мм.рт.ст. Під тиском губка зменшується в об'ємі, що призводить до розтягування клітин, звуження рани та видалення рідини. VAC-апарат створює негативний тиск за допомогою переміщення молекул газу з області інтересу (рани) за допомогою всмоктувальної помпи, яку вмонтовано в блок. На базовому рівні система VAC забезпечує складну, стерильну, закриту пов'язку, що гарантує вологе лікувальне середовище. Існує 2 основних методи лікування: інтервальний і безперервний. Інтервальне лікування вважається більш ефективним, ніж безперервне, оскільки при безперервній терапії клітини всередині рани перестають реагувати на константу фізичної сили. Дослідженнями були підтверджені механізми, що посилюють загоєння: посилення місцевого кровотоку, зменшення набряку, стимуляція утворення грануляційної тканини, стимуляція проліферації клітин, видалення з рани розчинених в ексудаті інгібіторів загоєння, зближення країв рани. Також застосування VAC-системи дозволяє не закривати черевну порожнину випадку її розриву, травми, інфекції. Це забезпечує мінімізацію ризику розвитку некрозу черевної стінки, пов'язаного з примусовим закриттям, кращу свободу рухів діафрагми, зниження абдомінального тиску (внаслідок зменшення набряку та внутрішньоочеревинної рідини), що запобігає виникненню компартмент-синдрому, зменшення бактеріального навантаження та імовірності прогресування анаеробних інфекцій (шляхом запобігання зараження очеревини).

Висновки: VAC-система значно пришвидшує купірування гнійного процесу та підготовку рани до накладання вторинних швів. Крім того, при використанні VAC-систем можна запобігти відторгненню та інфікуванню сітчастих трансплантатів при різних видах операцій. Перевагою також є зменшення часу перебування хворого в стаціонарі. Тому це є незамінний атрибут сьогодення. Оскільки він допомагає якомога швидше поставити на ноги військових, знизити розвиток ускладнень, а також зменшити термін реабілітації.

С.С. Ткачук

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АРТРОСКОПІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Кафедра травматології та ортопедії

І.Г. Киришук (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: поява сучасно обладнання зробила можливим проведення малоінвазивних хірургічних втручань, в зв'язку з чим артроскопія на сьогодні стала дуже поширеною ортопедичною процедурою. Розглядаючи невід'ємну частину при її проведенні – анестезію, можна помітити, що ця тема не достатньо висвітлена, а питання про найкраще анестезіологічне забезпечення залишається відкритим.

Мета: порівняння різних видів анестезіологічного забезпечення з метою оцінки їх ефективності, безпечності та зручності, а також задля підвищення рівня надання кваліфікаційної медичної допомоги хворим з травмами коліна.

Матеріали та методи: аналіз теоретичної бази наукових видань у інтернет джерелах щодо анестезіологічного забезпечення при проведенні лікувально-діагностичної артроскопії колінного суглобу.

Результати: оцінка поєднаної спінальної анестезії бупівакаїном з в/в введенням дексметомідину та багатокомпонентної низькопотокової інгаляційної анестезії севофлюраном показала, що пацієнти почуваються добре в післяопераційний період, їх менше турбує біль, термін госпіталізації короткий, рідко виникають ускладнення, час на відновлення пацієнтів після спінальної анестезії триває довше та може мати постанестезіологічні ускладнення від свербіжу до анафілаксії(дуже рідко). Проте спінальна анестезія є безпечнішою у пацієнтів хворих коронавірусною інфекцією, враховуючи дійсну пандемію COVID-19, а також як профілактика, що виключає можливу аерозолізацію від потенційного носія.

Після проведення артроскопії з використанням місцевої анестезії ксилокаїном з адреналіном стан пацієнтів задовільний, терміни госпіталізації скорочуються, швидше відновлення в реабілітаційний період, ускладнення пов'язані з анестезією практично не виникають, а постхірургічна аналгезія триває до декількох годин. Також даний вид анестезіологічного забезпечення менш вартісний порівняно з іншими. Існує гіпотеза, що місцеві анестетики є хондротоксичними, при тривалому впливі високих концентрацій на хондроцити, тож при складних і тривалих втручаннях, до прикладу пластики хрестоподібних зв'язок, місцева анестезія не рекомендована.

Висновки: Локальне анестезіологічне забезпечення вважається практичним, безпечним та ефективним методом знеболення при артроскопії, так як зменшує час госпіталізації, зменшує час роботи з пацієнтом, постанестезіологічне відновлення проходить швидше і з набагато меншим відсотком ускладнень, його можна впевнено використовувати у пацієнтів з протипоказами до інших анестезій. Спінальна та загальна анестезія мають свої переваги та можуть застосовуватись так само ефективно як і місцеве знеболення, але застосовують рідше. На сьогодні місцева анестезія є варіантом вибору для анестезіологічного забезпечення при проведенні артроскопії колінного суглобу і її можна вважати золотим стандартом.

В.В. Токарчук

РЕКОНСТРУКЦІЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ РОТАЦІЙНИМИ КЛАПТЯМИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ КЛІНІКИ ПРИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

В.Г. Дроненко (канд. мед. наук, доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак молочної залози є найчастішим злоякісним новоутворенням у жінок. В останні роки спостерігається тенденція до підвищення захворюваності на дану патологію в США, країнах ЄС та зокрема в Україні. Важливим аспектом при лікуванні даної патології є якість подальшого життя пацієнтки, що має одночасно поєднувати в собі як онкологічний радикалізм, так і косметичний ефект після проведеного оперативного лікування.

Мета: Дослідити та проаналізувати результати органозберігаючих реконструктивно-відновних операцій у хворих на рак молочної залози мамологічного відділення Подільського регіонального центру онкології (ПРЦО).

Матеріали та методи: Хворі на рак молочної залози після органозберігаючих реконструктивно-відновних операцій та статистичний аналіз даних на основі результатів проведеної лікувальної роботи колективом хірургів-онкологів мамологічного відділення ПРЦО.

Результати: В період з початку відкриття мамологічного відділення ПРЦО (2018-2023) було прооперовано 127 пацієнок віком від 23 до 78 років з реконструкцією ротаційними клаптями. За віковою структурою були отримані результати щодо захворюваності на рак молочної залози серед наступних груп пацієнтів: 21-30р. 2%, 31-40 р. – 9.7%, 41-50 р. – 14.2%, 51-60 р. – 35.9%, 61-70 р. – 30.7%, 71-78 р. – 7.5%. Найбільша кількість хворих спостерігалась у вікових категоріях 51 – 60 років та 61 – 70 років. Причиною оперативних втручань був рак молочної залози I–II ступеня. Серед пацієнтів 91% склали первинні пацієнти, 9% - пацієнти після неад'ювантного комбінованого лікування. При цьому 74% пацієнтів мали I стадію захворювання, інші 26% - II стадію захворювання. Проведення ПГХ тесту дозволило встановити структуру підтипів раку молочної залози: у 75% пацієнтів – Luminal A, 23% - Luminal B, 2% - Her2 позитивний та тричі негативний підтипи. При проведенню оперативному втручанні – квадрантектomia з наступною реконструкцією молочної залози ротаційними клаптями у 87% пацієнок було виконано симетризацію ареолярного комплексу. 92% прооперованих хворих не мали ускладнень, у 6% було виявлено серому, у 1% - гематому, 1% - запальний процес. Проведені оперативні втручання з реконструкцією дозволили виділити кращі результати у тих пацієнок, у яких ступінь розвитку власної паренхіми та скарпальної системи молочної залози мав більший розвиток, аніж у аналогічних пацієнок з дефіцитом власних тканин молочної залози.

Висновок: Проведення органозберігаючих операцій даного виду забезпечує підвищення якості життя пацієнок, що полягає в можливості поєднання гістологічного радикалізму та косметичного ефекту, а також дозволяє швидко включати в план лікування ад'ювантну хіміопроменеу, гормоно-таргетну терапію згідно з міжнародними протоколами.

В.В. Федотова

ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ ГОЛОСОУТВОРЕННЯ

Кафедра ЛОР-хвороб

К.А. Лобко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Порухення голосу (його охриплість, зміна висоти та тембру), задишка та біль при фонації – є симптомами багатьох захворювань, з якими звертаються до ЛОР-лікарів. За даними ВООЗ, близько 8% усіх захворювань ЛОР-органів – це хвороби гортані, які супроводжуються симптомом охриплості голосу.

Мета. Проаналізувати основні захворювання, що супроводжуються симптомом охриплості голосу, встановити основні причини виникнення та їх методи лікування.

Матеріали та методи. Проведено аналіз публікацій з інтернет-ресурсів PubMed, Medline, Scopus, Google Scholar.

Результати. Охриплість – це клінічний симптом, який характеризується зміною тембру та забарвлення голосу в бік пониження його висоти та появою різних тембральних складових, внаслідок яких, голос стає тихим, просідаючим, не звучним. Симптом охриплості голосу може бути викликаний багатьма причинами. Серед них варто виділити дві основні групи: I – пов'язані з ушкодженням анатомічних структур, які беруть участь в голосоутворенні; II – пов'язані із функціональними змінами. Охриплість голосу (дисфонія) може бути як вроджена, так і набута. В свою чергу набута дисфонія може бути інфекційного, запального, ятрогенного, травматичного або функціонального походження.

Найбільш частою патологією, що супроводжується симптомом охриплості голосу є новоутворення голосових складок, а саме поліпи, вузлики та ін. При цьому виді захворювань, пацієнти найчастіше скаржаться на охриплість голосу, яка наростає повільно і пов'язана з ростом новоутворення, може з'являтися кашель, задишка. До інших органічних вражень голосових зв'язок належать: атрофія голосових складок - вільний край однієї або одразу двох голосових складок провисає, внаслідок чого під час фонації відбувається неповне змикання голосових зв'язок; параліч поворотного гортанного; рак гортані.

Основними функціональними змінами, при яких хворі скаржаться на дисфонію є: запальні захворювання гортані (гострий та хронічний ларингіт); функціональна афонія, що найчастіше виникає внаслідок психо-емоційного перенапруження, у людей мовних професій – співаки, вчителі та ін.; мутаційні порушення голосу; ларингофарингеальна рефлюксна хвороба та ін.

Висновки. Різноманітність причин та шляхів розвитку охриплості голосу зумовлена поліетіологічністю проблеми. Тому визначення методів лікування даної проблеми повинно ґрунтуватись на патофізіологічних механізмах виникнення даного симптому. Основні методи лікування захворювань, що супроводжуються симптомом охриплості голосу поділяються на консервативні та хірургічні. Консервативні методи лікування застосовують при захворюваннях, що зумовлені функціональними причинами та включають в себе - «голосовий режим», використання місцевих антисептичних, протизапальних засобів, інгаляції, вітамінотерапію, фізіотерапевтичні методи лікування. Натомість, основним методом лікування органічних вражень голосових складок – є хірургічний, що ґрунтується на ендоларингеальному видалення новоутворення та подальшому патоморфологічному дослідженні матеріалу.

Д.В. Філатова, Е.В. Сапліна

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКІВ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Кафедра хірургії №2

Т.О.Мельник (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: провідною проблемою жіночої верстви суспільства є підвищення розвитку онкологічної патології молочної залози. Зважаючи на те, що обсяг оперативного втручання на молочної залозі безпосередньо співзалежить з ростом післяопераційних ускладнень, роль методів візуалізації в передопераційному періоді є дуже важливою.

Мета: своєчасне виявлення та встановлення характеру змін у функції гормональної системи організму з метою попередження післяопераційних ускладнень дисгормональних захворювань молочної залози. .

Матеріали: аналіз джерел наукової літер: наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»(профілактика і діагностика дисгормональних захворювань молочної залози), [<https://mazg.com.ua/ua/archive/2007/1%284%29/article-39/profilaktika-ta-diagnostika-disgormonalnih-zahvoryuvan-molochnoyi-zalozii>, Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.]

Результати: за статистичними даними, 75-80% жінок у репродуктивному віці мають різні патології молочної залози, при цьому кожна четверта жінка до 30 років має доброякісні процеси. У жінок віком від 40-ка років, за даними літератури, патологічні стани молочних

залоз виявляються у 60% випадків. Серед захворювань молочної залози виділяється така структура: дифузна форма фіброзно-кістозної мастопатії – 50%, вузлова форма – 20%, фіброаденоми – 18%, РМЗ – 2%. Статистика післяопераційних ускладнень показує, що детальна передопераційна діагностика дозволяє точніше визначити розмір та стадію захворювання, що допомагає лікарям вибрати оптимальний метод лікування. Загалом використовуються такі методи: контрастування протокової системи молочної залози, розрахунок залишкового простору операційної рани, УЗД, білатеральна мамографія та інші. Наприклад, за даними дослідження, перед хірургічним втручанням у хворої з фіброаденомою молочної залози виконали ультразвукове дослідження з маркуванням маркером Маммогер з контролем УЗД, щоб точно визначити місцезнаходження новоутворення. Для цього враховували такі параметри, як відстань новоутворення до ареоли, відношення до тканини молочної залози та підшкірно-жирової клітковини, орієнтовна проекція на шкіру молочної залози та об'єм фіброаденоми. Цей метод дозволив швидко і точно візуалізувати доброякісне новоутворення в тканині молочної залози, навіть якщо воно знаходилося на чималій відстані від операційного доступу, і при місцевій інфільтраційній анестезії. Маркування молочної залози перед операцією дозволило вкоротити час її виконання, уникнути додаткової операційної травми та підвищити ефективність лікування, зменшуючи ризик післяопераційних ускладнень.

Висновок: передопераційна діагностика дисгормональних захворювань молочної залози має на меті не тільки візуалізацію новоутворення чи патологічного процесу, але й зменшення технічної складності хірургічних втручань. Це дозволяє зменшити травматичний вплив операцій, тим самим попереджаючи можливі післяопераційні ускладнення.

Д.С. Хільченко, О.О. Дзісь

ВОГНЕПАЛЬНІ УШКОДЖЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ, НАНЕСЕНІ ВІЙСЬКОВИМ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ ЗА 2014–2020 РР

Кафедра хірургії №2

Т.О. Мельник (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: вогнепальне ушкодження товстої кишки є частим видом травми під час воєнних конфліктів, особливо при використанні ворогом забороненої міжнародним правом зброї з високими ушкоджувальними властивостями, наприклад, експансивних та балістичних куль. Перед військовими медиками України виникає питання, чи впливає застосування таких видів куль на тяжкість вогнепальних поранень, розташування травми, а також на лікування та прогноз на життя.

Метою цього дослідження є порівняння клінічних характеристик (тяжкості геморагічного шоку, локалізації та кількості вогнепальних дефектів, важкості ушкодження товстої кишки за Colon Injury Scale, лікувальної тактики та смертності) пацієнтів з пораненнями товстої кишки експансивними та балістичними кулями.

Матеріали та методи: в основу дослідження покладено клінічні дані, наведені у статті К.Гуменюка в науковому журналі BMC Surgery, де описано проникаючі вогнепальні поранення живота з ушкодженням товстої кишки у 112 чоловіків-військовослужбовців ЗСУ з 2014 по 2020 рік, з яких 69 (61,6%) поранені балістичними кулями, а 43 (38,4%) - експансивними.

Результати: проаналізувавши дані, можна зробити висновки, що більш важкі стадії геморагічного шоку були виявлені у хворих, які були поранені експансивними кулями: III-IV стадії шоку були у 25 (58,1%) хворих та 17 (24,6%) пацієнтів, поранених балістичними кулями ($p = 0,0004$). Лівий відділ ободової кишки уражався частіше, ніж правий відділ і поперечно-ободова кишка: 21 (48,8%) пацієнт отримав поранення експансивними кулями ($p < 0,0001$), а 41 (59,4%) пацієнт отримав поранення від балістичної кулі ($p = 0,032$). Значну різницю було виявлено щодо частоти пошкодження середньої ободової кишки в усій когорті ($p = 0,023$). Поранення пацієнтів експансивними кулями, продемонстрували вищу частоту, у кількості 3–5 ділянок вогнепальних дефектів товстої кишки, що виявлено у 18 (41,8%) хворих, поранених експансивними кулями, і жодного із травмами, заподіяними балістичними кулями ($p = 0,0001$). Шкала ушкодження товстої кишки (CIS) IV була виявлена у 7 (16,3%) пацієнтів, поранених експансивними кулями, порівняно з 2 (2,9%) пацієнтами, пораненими балістичними кулями ($p = 0,011$). Колостому виконано у 14 (69,0 %) хворих, ушкоджених балістичними кулями, і у 12 (27,9 %) пацієнтів, поранених експансивними кулями ($p > 0,05$). 15 (35,0%) хворих померли від поранення експансивною кулею, тоді як 9 (13,0%) пацієнтів від ушкодження балістичними кулями ($p = 0,0089$).

Висновки: дослідження продемонструвало різні закономірності пошкоджень товстої кишки внаслідок вогнепальних поранень експансивними кулями під час війни в Україні. Ці закономірності включають більш високу частоту геморагічного шоку (стадія II або вище), CIS II або вище, а також множинні перфорації стінок товстої кишки.

Є.Р.Хоменко

ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ З ОКРЕМИМИ КЛІНІЧНИМИ ТА ЛАБОРАТОРНИМИ ДАНИМИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Кафедра хірургії №2 з курсом «Основи стоматології»

Т.В.Форманчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: проблема гострого панкреатиту залишається актуальною, загальна смертність при даній патології складає 3,8% - 9,8%, тоді як при інфікованій некротичній формі цей показник сягає до 30%. Прогноз ступеня важкості та летальності гострого панкреатиту досі залишається актуальним питанням та є важливим фактором на етапі госпіталізації.

Мета: оцінити зв'язок летальності від гострого панкреатиту з клінічними і лабораторними даними, отриманими в день госпіталізації пацієнтів до стаціонару.

Матеріали та методи: проспективно проаналізовано клінічні та лабораторні показники 99 хворих на гострий панкреатит середнього і важкого ступеня важкості, яких госпіталізовано у хірургічне або реанімаційне відділення КНП «Вінницька МКЛ ШМД» з січня 2020 року по грудень 2022 року. В день поступлення до стаціонару пацієнтам визначали наступні клінічні дані: вік, важкість, стать, тип гострого панкреатиту, генез захворювання, час з моменту початку захворювання до госпіталізації, супутні патології, наявність ускладнень. Дані вносили в спеціально створену базу з подальшим аналізом. Усіх хворих поділили на дві групи, виходячи з наслідків лікування: група тих, хто вижив – 78(78,8%) та група померлих – 21(20,2%).

Результати: істотної різниці у розподілі за віком і статтю між групами порівняння не було виявлено. Однак, виявили суттєве переважання алкогольного генезу гострого панкреатиту – 12 випадків (57,1%), ранньої госпіталізації (до 6 годин з моменту початку захворювання) – 6

пацієнтів (28,57%), кількості пацієнтів з некротичного інфікованого типу гострого панкреатиту – 9 випадків (42,86%) в групі померлих. У групі тих, хто вижили, найбільшу частку склали аліментарна етіологія гострого панкреатиту – 52 (66,67%) та друге місце посідає біліарний генез – 17 (21,79%). Більшість пацієнтів обох груп було госпіталізовано в період 24-48 год з моменту початку захворювання – 53 (53,5%). Супутня патологія суттєво не відрізнялася у групах порівняння. Наявність ускладнень у групі померлих значно більше, ніж у тих, хто вижив – 21 (100%) та 42 (53,85%) відповідно. Серед лабораторних показників, які було визначено в день госпіталізації, в групі померлих виявлено суттєве підвищення паличкоядерних нейтрофілів до $19,8 \pm 9,8$, ШОЕ $26,3 \pm 6,4$, сечовини $11,2 \pm 7,7$ ммоль/л, креатиніну $173,6 \pm 26,1$ ммоль/л та АСТ $225,3 \pm 47,5$ Од/л.

Висновок: таким чином, в групі пацієнтів, що померли, суттєво вищими були наступні показники: алкогольна етіологія гострого панкреатиту, некротичний інфікований тип гострого панкреатиту, наявність ускладнень. Серед лабораторних показників в групі померлих суттєво переважали показники: рівня паличкоядерних нейтрофілів, сечовини, креатиніну, ШОЕ та АСТ, що потребує подальшого вивчення для прогнозу летальності від гострого панкреатиту.

Л.О. Хотячук

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНІ СИНДРОМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ОНКОЛОГІЇ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

А.А.Ткач (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на сучасний рівень медичного обслуговування, онкологічні захворювання залишаються глобальною проблемою в медицині. Згідно даних статистики, паранеопластичні синдроми виявляються у 10–15% випадків злоякісних захворювань і можуть бути першими проявами злоякісного процесу. Неврологічні паранеопластичні синдроми трапляються у близько 1% онкологічних пацієнтів. Своєчасна діагностика цієї групи патологічних станів залишається актуальною проблемою сучасної онкології. Паранеопластичний синдром розвивається, коли злоякісна пухлина викликає зміни у організмі, які безпосередньо не спричинені самим захворюванням. Можливе ураження кількох систем і органів організму, включаючи нервову систему, ендокринну систему, нирки, кістки, суглоби, шкіру та кров тощо.

Мета: Вивчити особливості та визначити роль паранеопластичного синдрому нервової системи у розвитку онкологічних захворювань та встановити важливість у діагностиці пухлинних захворювань при виявленні даного синдрому. Розглянути клінічні випадки лімфоми Ходжкіна з первинними проявами у вигляді паранеопластичного синдрому.

Матеріали і методи: Для пошуку доказових джерел використовувались матеріали журналів та монографій, що стосуються даної теми, література баз даних (PubMed, Web of Science, Google Scholar та Elsevier), клінічний випадок хворого з паранеопластичною мозочковою дегенерацією.

Результати: За результатами дослідження було виявлено, що прояви нервових паранеопластичних синдромів включають дегенерацію мозочка, лімбічний енцефаліт, енцефаломієліт, мієлопатію, міастенічний синдром Ламберта-Ітона, периферичну нейропатію та дизавтономію. Паранеопластична мозочкова дегенерація - класичний паранеопластичний синдром, який характеризується підгострим початком, прогресуючою

мозочковою атаксією та зазвичай пов'язаний з дрібноклітинною карциномою легенів, аденокарциномою молочної залози та яєчників та з лімфомою Ходжкіна. Було розглянуто клінічний випадок чоловіка, 44 років. Він був госпіталізований з мозочковим синдромом, який спочатку був діагностований як вертебробазиллярна недостатність. Через вісім місяців результати МРТ і сироваткові анти-Tr антитіла підтвердили діагноз паранеопластичної мозочкової дегенерації, але основного злоякісного новоутворення спочатку виявлено не було. Через 16 місяців після первинного діагнозу паранеопластичної мозочкової дегенерації у пацієнта з'явився збільшений паховий лімфатичний вузол. Гістологічне дослідження біоптату лімфатичного вузла підтвердило діагноз змішаноклітинної лімфоми Ходжкіна, ІА стадії.

Висновки: Результати цієї роботи та розглянутий клінічний випадок вказують на важливість своєчасної діагностики паранеопластичних синдромів, оскільки вони можуть бути передвісниками злоякісних пухлин і сприяти ранній діагностиці онкологічних захворювань, що дозволить попередити ускладнення і смертність у молодому віці.

М.В. Цибень

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ VAC-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ

Кафедра хірургії мед. ф-ту №2

Ю.А. Пунько (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема лікування мінно-вибухових та гострих гнійних ран отриманих під час бойових дій є надзвичайно актуальною під час повномасштабного вторгнення агресора в Україну. Такі методи, як антибіотикотерапія, дренивання ран та порожнин, не завжди дають змогу успішно вирішити дану проблему, і це спонукає до пошуку та розробки нових, зокрема специфічних засобів лікування. Альтернативним методом є застосування негативного тиску для очищення поверхні рани, прискорення загоєння та підготовки рани до пластичного закриття, проте досить важливо чітко розуміти основні принципи лікування, щоб ефективно використовувати дану терапію.

Мета: Проаналізувати та згрупувати основні аспекти використання VAC-терапії (Vacuum Assisted Clousur) у лікуванні мінно-вибухових ран. Виділити основні протипоказання та критерії припинення терапії негативним тиском.

Матеріали та методи: Тематичний огляд та аналіз даних літератури з наукових баз «Pub Med», «GoogleScholar», «Web of Science», «The Lancet», «Stanford medicine», «ResearchGate», та інших видань з теми роботи.

Результати: Завдяки використанню негативного тиску в рані відбувається покращення місцевого кровообігу, зменшення локального набряку з видаленням ранового ексудату, зниження мікробної контамінації та ретельне очищення рани, що дозволяє прискорити процес регенерації тканин. При використанні VAC-терапії відбувається мікрODEФОРМАЦІЯ клітин, що викликає ефект вивільнення факторів росту. Спостерігається ефект “розширення тканин”, що пояснюється перепадами тиску, так як всередині клітин він позитивний, а поза клітинами та під пов'язкою негативний - це призводить до розширення клітин, розростання грануляційної тканини та зближення країв рани один до одного, що забезпечує зменшення розмірів рани. Відповідно до цих ефектів VAC-терапію можна використовувати, коли закриття рани неможливе; при складних переломах з оголенням кістки; для лікування часткового некрозу клаптя шкіри, після висічення некротичних ділянок; для забезпечення загоєння дефекту

шкіри, за умови, що поверхня оголеної кістки невелика. Протипоказання до застосування VАС-терапії наступні: злоякісні новоутворення м'яких тканин; неконтрольований або нелікований остеомієліт; некротичні рани; з ознаками ішемії або наявністю в рані зяючих судин, стінок органів; недосліджені фістули; наявність в рані кісткових уламків, які можуть травмувати кровоносні судини, нерви, або привести до розгерметизації пов'язки; нестабільні вітальні функції. До основних критерій, щодо припинення VАС-терапії ран належать: готовність рани до закриття; створення умов для загоєння рани вторинним на тягом; погіршення загального стану пацієнта; відсутність динаміки ранового процесу протягом однієї або двох змін пов'язок; поява ускладнень та ознак прогресії інфекційного процесу в рані; поява надлишкового розростання грануляцій на тлі терапії негативним тиском.

К.Д. Цигалко

МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ НА АОРТАЛЬНОМУ КЛАПАНІ

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

Р.В. Буряк

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Оперативні втручання на аортальному клапані збільшуються у зв'язку з поширенням вад аортального клапана, які складають 2-7% загальної популяції віком від 65 років. Аортальний стеноз займає друге місце серед клапанних вад серця у США.

Мета: Проаналізувати малоінвазивні втручання на аортальному клапані.

Матеріали та методи: Було проаналізовано 30 наукових статей та праць щодо втручання на аортальному клапані у 800 пацієнтів з різними доступами, а саме: ліва передня мініторакотомія-440 (55%), права бокова мініторакотомія-170 (21,25%), верхня j-подібна гемістернотомія-120 (15%), права передня мініторакотомія-70 (8,75%), також було проаналізовано результати операцій у відстроченому періодах. Були використані: описовий, порівняльний, статистичний, аналітичний методи дослідження. Була оброблена вітчизняна та міжнародна література.

Результати: Встановлено, що менша ймовірність післяопераційних ускладнень при малоінвазивних доступах. Також існують вагомі докази, які свідчать про те, що у пацієнтів з малоінвазивними доступами менший на 3-4 доби післяопераційний період менше на 10% ускладнень, таких як крововтрата. Малоінвазивні операції на аортальному клапані потрібно робити в більшості випадків. Зрештою, використання малоінвазивних доступів в кардіохірургії покращить післяопераційний період.

Висновки: Малоінвазивні доступи при втручаннях на аортальному клапані дають змогу запобігти післяопераційним ускладненням у відстроченому періодах, а також зберегти архітекtonіку грудини у пацієнтів похилого віку.

С.О. Чубак

ХВОРОБА ГІРШПРУНГА У ДІТЕЙ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

О.Л. Маховський (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Гіршпрунга (ХГ) — це вроджена аномалія іннервації нижнього відділу кишечника, зазвичай обмежена товстою кишкою, що призводить до часткової або повної функціональної непрохідності. Захворювання зазвичай діагностується протягом перших місяців життя, але може зустрічатися і у дітей старшого віку. Агангліоз товстої кишки найчастіше вражає рухову функцію дистального відділу кишечника і зустрічається приблизно у 1 з 5000 новонароджених..

Мета: Вивчити та дослідити етіологію, клінічні ознаки, групи ризику, методи діагностики та лікування хвороби Гіршпрунга

Матеріали та методи: Ретроспективний огляд і аналіз онлайн-джерел Google Scholar, Web of Science, PubMed, дослідження вітчизняних та іноземних наукових публікацій з даної теми.

Результати: Хвороба зумовлена припиненням міграції нейробластів або завершеною міграцією цих нервових клітин, які пізніше піддаються апоптозу або дисфункціональній диференціації та/або проліферації. Також досліджено декілька генів, що мають відношення до розвитку агангліозу, а саме-RET, GDNF, GFR α 1, NRTN, EDNRB, ET3, ZFHX1B, PHOX2b, SOX10 і SHH.

Захворювання найчастіше вражає сигмоподібну та пряму кишки. Проте відомі випадки, коли у дітей не було нервових клітин у всій товстій кишці та/або навіть у частині тонкої кишки. Відносно цього агангліоз класифікують як короткосегментне або довгосегментне захворювання. При хворобі Гіршпрунга короткого сегмента тільки остання частина товстого кишечника має відсутність іннервації. А довгосегментна ХГ показує відсутність більшості або іноді всіх клітин товстого кишечника, які іноді можуть поширюватися на першу частину тонкої кишки.

Ознаки можуть відрізнятися залежно від тяжкості захворювання. В більшості випадків, вони проявляються незабаром після народження дитини. Основними ознаками є ранній запор та порушення транспорту меконію протягом перших днів життя. Вторинними ознаками є здуття живота (що призводить до асиметрії живота та розтягнення передньої черевної стінки), коричнева або зелена блювота. Іноді немовлята з агангліозом ультракороткого сегмента мають лише легкий або періодичний запор, часто з проміжними нападами легкої діареї, що призводить до затримки діагностики.

Для постановки діагнозу хвороби Гіршпрунга застосовують наступні діагностичні процедури: іригоскопія, біопсія, оглядова рентгенографія черевної порожнини.

Ректальна біопсія є найкращим тестом для діагностики або виключення ХГ. Під час аспіраційної ректальної біопсії, невеликий шматочок тканини беруть із слизової оболонки прямої кишки. Лікування хвороби Гіршпрунга тільки оперативне. В післяопераційний період пацієнт переводиться у відділення інтенсивної терапії.

Висновок: Хвороба Гіршпрунга небезпечна тим, що у хворого малюка порушуються процеси травлення, корисних речовин всмоктується менше, ніж потрібно. Діти з такою вродженою аномалією розвитку повільно ростуть, частіше страждають на дисбактеріоз, запалення слизових оболонок кишечника.

І.І. Шандрук, В.О. Шевчук

МІСЦЕ ВАК-ТЕРАПІЇ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМАХ ТА ЇЇ ПЕРЕВАГИ

Кафедра Хірургії №2

О.В. Гончаренко (к. мед. н., доц.), Т.О. Мельник (асист.) Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Військовий конфлікт в Україні ставить перед хірургами питання з приводу організації та надання медичної допомоги постраждалим від мінно-вибухових поранень. Розуміння фаз перебігу ранового процесу та застосування сучасних хірургічних технологій на всіх етапах надання допомоги - важливі елементи у досягненні успішного результату лікування.

Мета. Визначення клінічної ефективності та переваг застосування ВАК терапії при МВТ.

Матеріали та методи. Огляд наукової літератури, аналіз статей у наукових базах PubMed, Web of Science, SCOPUS та дослідження лікування 20 постраждалих із мінно-вибуховими пораненнями кінцівок, що проходили лікування на базі відділення хірургії та ендоскопії МКЛ ШМД м. Вінниця Центрального регіону в 2022-2023 роках.

Результати. Мінно-вибухова травма (МВТ) характеризується впливом значних та глибоких пошкоджень тканин. У зоні дії ударної хвилі розрізняють три зони морфологічних змін: відриву, розтрощення і сепарації тканин. У першій зоні руйнування тканин носить безповоротний характер. У другій та третій зоні відбуваються вогнищеві процеси, структурні пошкодження колатералей магістральних судин, аксонів периферичних нервів, що супроводжуються відповідними функціональними порушеннями. Саме за таких умов доцільно застосовувати VAC-терапію. Принцип роботи методу VAC-therapy базується на використанні закритої дренажної системи, що підтримує негативний тиск у ділянці рани. У дослідженні було порівняно 2 групи по 10 осіб, із яких 10 пацієнтів проходили курс VAC-терапії, а інші використовували пасивний дренаж з перев'язками. Дослідження включало в себе порівняння цих двох методів загоєння ран за певними критеріями. Перш за все, у 100% досліджуваних при VAC-терапії відмічалось покращення місцевого кровообігу та відсутність мікробної контамінації при бактеріальних посівах, а отже зменшення кількості випадків гнійних ускладнень. Також враховувався час загоєння ран. Попри те, що у першій групі пацієнтів рановий дефект був більшим та глибшим, час загоєння в обох групах був майже ідентичний. Також при VAC- терапії порожнина рани заміщала не рубцевою, а грануляційною тканиною, що дозволяло провести дерматопластику шкіри без ризику відторгнення. В результаті, в зоні пошкодження створюються сприятливі умови перебігу ранового процесу, що скорочує тривалість загоєння.

Висновки. VAC проявило себе як економічно вигідний та ефективний метод лікування ушкоджень тканин. Проведене дослідження показало, що VAC значно покращує результати лікування. При наданні своєчасної і повноцінної ВАК-допомоги пошкоджені тканини повністю відновлюються, ускладнення регресують, що дозволяє рекомендувати VAC-Therapy у клінічне використання.

І.І. Шишман, С.Г. Григоренко

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ УНІКАЛЬНОМУ ВИПАДКУ ЗБЕРЕЖЕННЯ КРОВОПОСТАЧАННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ВНАСЛІДОК ОСКОЛКОВОГО ПОРАНЕННЯ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Ю.А. Пунько (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Під час війни трапляється величезна кількість екстраординарних випадків, тому хірургія, аналізуючи ці випадки, виходить на новий рівень. Опис даного клінічного кейсу є актуальним та зможе допомогти в майбутньому для розвитку хірургії та розширення знань,

відносно наслідків поранень магістральних судин. Статистика АТО: найбільш часто пошкоджуються кінцівки – 50,40%. Пошкодження пахвової та плечової артерії стоїть на другому місці – 31,82%, тому в умовах сьогодення – це дуже актуально.

Мета: Описати новий унікальний хірургічний випадок та його хірургічне лікування, головним етапом якого була аутотрансплантація вени.

Матеріали та методи: Власний досвід асистування при осколковому пораненні верхньої кінцівки. Також було переглянуто медичні статті для теоретичного підґрунтя роботи та відгуки військових хірургів стосовно цього унікального випадку. Використані методи: порівняльний, описовий, аналітичний.

Результати: Унікальність випадку полягає в тому, що кровопостачання верхньої кінцівки після повного розриву пахвової артерії внаслідок осколкового поранення надпліччя збереглося. І, як наслідок, відсутність ділянок ішемічного некрозу. Осколок зайшов у дельтоподібну ділянку, майже повністю розірвавши пахвову артерію. Запалені, набряклі м'язита масивна кровотеча була умовою для збереження кровопостачання, так як кров заповнивши передній фасціальний простір плеча перетворилася на згусток, створивши ніби псевдостінки для пахвової артерії. Розрив артерії був між відходженням підлопаткової артерії та огиначних плечових артерій. Тому функціонування класичного анастомотичного кола було неможливим, але кровопостачання було відновлено шляхом дилатації колатеральних гілок, які були нестандартними: анастомози між підключичною артерією та пахвовою артерією нижче пошкодження, анастомози між надлопатковою артерією та задньою огиначною артерією плеча та анастомози між грудо-акроміальною артерією та задньою огиначною артерією плеча. Тільки цей анастомоз не зміг би відновити адекватне кровопостачання, тому наявний кровоток між дистальним та проксимальним кінцями судини був вирішальним в даному унікальному випадку. Саме тому кінцівка не постраждала від ішемічного некрозу. Оперативне втручання було направлено на відновлення стінок артерії аутотрансплантатом та їх герметичність, а також на видалення тромбів судинним дилататором з дистальних гілок цієї судини. Адекватне кровопостачання відновлено. Кінцівка була збережена.

Висновки: Даний унікальний хірургічний випадок дасть змогу розширити уявлення про наслідки пошкодження магістральних артерій і зробить хірургічну допомогу пораненим більш ефективною та більш швидкою, що може коштувати не тільки кінцівки, але і життя пацієнта.

В.В. Шовкопляс, Д.С. Северинов

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ СТУПЕНЯ АТРОФІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ВИБОРІ ТЕРМІНУ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

І. В. Павлик (доц.з.во, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічний панкреатит - це багатофакторний фіброзно-запальний синдром, при якому повторювані епізоди запалення підшлункової залози спричиняють до фіброзно-дегенеративних змін, що призводить до атрофії органу, хронічного болю, екзокринної та ендокринної недостатності, зниження якості та скорочення тривалості життя. Статистичні дані свідчать про те, що захворюваність на хронічний панкреатит коливається від 5 до 12 на 100 000 із поширеністю приблизно 50 на 100 000 осіб. Деякі форми цієї хвороби призводять

до розширення протоки ПЗ. Тому, визначенням індексу підшлункової залози (ППЗ) можна оцінити ступень атрофії при хронічному панкреатиті. А також має високу діагностичну цінність в диференціації даної патології і впливає на вибір терміну оперативного лікування.

Мета: Запровадження інструменту для визначення ступеня атрофії підшлункової залози, в виборі терміну оперативних втручань, за допомогою розрахунку індексу ПЗ.

Матеріали та методи: У періоді з 2010-2022 рік обстежено 80 хворих на хронічний панкреатит в клініці хірургії медичного факультету №2. Хворі були поділені на дві групи. Перша група - 40 хворих на хронічний панкреатит із фіброзно-дегенеративними змінами. Друга група - 40 хворих із хронічним панкреатитом, які були госпіталізовані для виконання планових холецистектомій з приводу жовчнокам'яної хвороби. Всім хворим було проведено КТ для визначення морфометрії ПЗ. Визначалися ширина головної панкреатичної протоки та ширина паренхіми в різних ділянках органа. Виконувалися розрахунки за формулою ПЗ в програмі Microsoft Excel.

Результати: Виконано визначення морфометрії ПЗ. При порівнянні двох груп пацієнтів було знайдено статистично значиму різницю в показниках. Таким чином, методом математичних розрахунків було отримано наступні показники: середнє арифметичні значення співвідношення ширини протоки голівки ПЗ до паренхіми голівки ПЗ в 1-ій групі - 0.250363362 проти показника в 2-ій - 0.150142; співвідношення ширини протоки тіла ПЗ до паренхіми тіла ПЗ (0.308869852 проти 0.208982); співвідношення ширини протоки хвоста ПЗ до паренхіми хвоста ПЗ (0.325531374 проти 0.24673913). Середнє арифметичне значення відношення $(Г+Т+Х)/(3 \times \text{довжину})$, де $(Г+Т+Х)$ – сума розмірів паренхіми – (0.176088178 проти 0.154251813), $p < 0,05$.

Висновки: Отже, вкрай важливим є подальше вивчення стратегій раннього виявлення хронічного панкреатиту, удосконалення діагностики, шляхом впровадження в практику визначення ПЗ, що допоможе у концепціях лікування та виборі терміну оперативних втручань.

А.В. Шпілка

ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

Є.В. Шапринський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Від початку повномасштабного вторгнення РФ кількість вогнепальних поранень та вибухових травм живота зростає. Значну частину з них становлять ураження кишечника різної локалізації та ступеня важкості, що призводять до виникнення ускладнень. Незважаючи на удосконалення тактики, методів оперативних втручань, частота ускладнень та летальності при пораненні кишки залишається на високому рівні та сягає 42,1 % та 41,6 % відповідно.

Мета : проаналізувати тактику лікування та ведення хворих з пошкодженнями тонкої та товстої кишки при бойовій травмі живота для удосконалення та вибору оптимальних методів діагностики та лікування при даному виді травми.

Матеріали та методи: Проаналізовано карти стаціонарного хворого 69 поранених за 2022 рік, які знаходились на лікуванні у хірургічних відділеннях клінік абдомінальної та малоінвазивної хірургії Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та у

Клінічному високоспеціалізованому хірургічному Центрі з малоінвазивними технологіями КНП «ВОКЛ ім. М.І. Пирогова» з ускладненнями бойової травми живота у вигляді пошкоджень тонкої та товстої кишки. Серед проаналізованих хворих з ушкодженнями кишечника всі 69 поранених були чоловічої статі віком від 18 до 59 років (середній вік – $35,7 \pm 2,5$ роки). Причинами поранень в 62 хворих була вибухова травма з осколковими пораненнями, кульові поранення спостерігались в 7 випадках. Ізольоване пошкодження тонкої кишки мало місце в 16 хворих, товстої кишки – в 25, поєднане поранення – в 28, шлунка та товстої кишки – в 5 випадках. За локалізацією пошкодження тонкої кишки (44) мали місце в дванадцятипалій (3), порожній (14), клубовій (27). При пошкодженні товстої кишки поранення (53) спостерігались у сліпій (6), висхідній ободовій (5), печінковому куті (2), поперечно ободовій (10), селезінковому куті (5), нисхідній ободовій (4), сигмовидній (13), прямій кишці (6), позаочеревинному відділі прямої кишки (2).

Результати: Усі хворі були прооперовані з попереднім врахуванням результатів FAST протоколу, спіральної комп'ютерної томографії органів черевної та грудної порожнини, діагностичної лапароскопії в об'ємі відповідному до локалізації пошкоджень, стану пораненого та показників гемодинаміки. Стратегія «DamageControl Surgery» була використана в 11 (15,94 %) поранених при нестабільних показниках гемодинаміки. Найбільш частими ускладненнями в післяопераційному періоді були гнійно-запальні процеси, пов'язані з неспроможністю швів (8,7 %), міжпетльові абсцеси (5,8 %), спайкова кишкова непрохідність (7,25 %) та легенево-плевральні (8,9 %). Післяопераційна летальність склала 2,9 %.

Висновки: Використання FAST протоколу, спіральної комп'ютерної томографії органів черевної та грудної порожнини, діагностичної лапароскопії та тактики хірургії контролю пошкоджень дозволяє зменшити рівень ускладнень та летальності особливо при веденні важких та вкрай важких хворих.

А. В. Шпілка

ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ СТОПИ ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Кафедра травматології та ортопедії

А. В. Макогончук (к. мед. н., доц)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Травматичні ампутації залишаються однією з найбільш частих та небезпечних для життя ран, які є наслідком військових дій. З 2014 року та особливо після 27.02.2022 р. ця тема стала надзвичайно актуальною. На жаль, ампутації залишаються поширеними травмами, особливо після вибухів, крім того, багатьом постраждалим потрібна первинна ампутація через невиліковні травми, щоб врятувати своє життя.

Мета : проаналізувати механізм отримання травм, тактику лікування та ведення хворих з травматичною ампутацією стоп для удосконалення та вибору оптимального методу діагностики та лікування при даному виду травми.

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури, хірургічні довідники, інформація з джерел Інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med, накази МОЗ).

Результати: Результати аналізу літератури показали, що механізм ушкодження внаслідок вибуху можна поділити на т'ять категорій первинні (прямі наслідки надлишкового тиску від удару), вторинні (ушкодження, спричинені зарядженими снарядами, що поширюються вибухом), третинні (зміщення тіла, або прямо чи опосередковано в результаті вибухової

хвилі), четвертинний (різна категорія травм, включаючи опіки), п'ятинні (ефекти, не пов'язані з вибухом, що призводять до гіперзапального стану, зокрема через використання біологічних, хімічних або радіоактивних продуктів). Лікування травматичних ампутованих кінцівок завжди буде зосереджено на початковій стабілізації та контролі кровотечі зі збереженням життя та кінцівок. Після первинної реанімації проводять повноцінну первинну хірургічну обробку (кукси не зашивають, якщо кукса була зашитою на попередніх етапах - шви розпускають), етапні повторні хірургічні обробки (із застосуванням промивних пристроїв). Незважаючи на всі досягнення в медицині, ампутація залишається загальноприйнятою процедурою в лікуванні важких травм кінцівок, а саме екзартикуляцію пальців за Гаранжо, ампутація стопи за Лісфранком та Шопаром (найбільш часті), Шарпом, Саймом а також кістково-пластичну ампутацію гомілки за М.І. Пироговим.

Висновки: Незважаючи на багато досягнень, травматична ампутація та хірургічна ампутація залишаються дуже поширеною після бойових чи терористичних дій. Клінічна картина відрізняється від будь-якої травми, отриманої під час цивільних поранень. Через наслідки вибуху відбувається значна травматизація тканин з інфікуванням. Травми ніг, а особливо стоп, є частими мінно-вибуховими пораненнями з зниженням функцій опорно-рухової системи, які залишаються серйозною проблемою для служб охорони здоров'я.

Н.І.Ющук

ХВОРОБА СУХОГО ОКА У ХВОРОГО З ГОСТРИМ МІЄЛОБЛАСТНИМ ЛЕЙКОЗОМ ПІСЛЯ ПЕРЕСАДКИ КІСТКОВОГО МОЗКУ

Кафедра очних хвороб

К. Ю. Гріжимальська (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В схему лікування гострого мієлобластного лейкозу обов'язково входять курси хіміотерапії, які не рідко поєднуються з пересадкою кісткового мозку. Відомо, що ця схема надає безліч побічних ефектів з боку різних органів та систем. Найбільш чутливі до згубного впливу цитостатиків тканини, що швидко проліферують, внаслідок наявності в них значної кількості клітин у фазі мітотичного поділу. До них відноситься епітелій кон'юнктиви та рогівки, зміни якого призводять до розвитку хвороби «сухого ока» (ХСО).

Мета: Описати клінічний випадок хвороби сухого ока у пацієнта з гострим мієлобластним лейкозом після пересадки кісткового мозку на фоні хіміотерапії.

Матеріали та методи дослідження: Під спостереженням знаходився хворий 43 роки, якому було вперше діагностовано гострий мієлобластний лейкоз у вересні 2020 року. Він отримав 2 курси хіміотерапії (даунобластин, мітоксантрон), після чого було досягнуто стану ремісії в січні 2021 року. 20 травня 2021 року було проведено пересадку кісткового мозку від повністю родосумісного донора. Використовувались лабораторні, згальноклінічні методи дослідження, тест на сумість з донором, візометрія, біомікрокопія, тест Ширмера, тест Норна, тонометрія, офтальмоскопія.

Результати: Vis OD -0.7 з (+0.5)-1.0 VisOS-0.7 з (+0.5)-1.0 VOT-18/19 мм рт ст. При біомікроскопії ОУ визначається складка бульбарної кон'юнктиви, наявність поодиноких ниткоподібних виділень сіруватого кольору, стиканість переднього епітелію рогівки, яка прокрашується флюоресціном. Тест Ширмера -1мм за 7 хвилин, тест Норна -розрив слізної плівки відбувається на 4-5 секунду. Очне дно без патологічних змін. Хворому поставлений

діагноз ХСО - 3 ст, важкий перебіг та призначено лікування: дексаметазон без консервантів (під контролем) по 2 к -3 р /д, хіло-кеа по 2 к -5 р /д, рестасіс -1 раз на добу, протягом 6 місяців.

Висновки: Клінічний випадок продемонструваа, що пацієнти , які переносять пересадку кісткового мозку з приводу гострого мієлобластного лейкозу з подальшим отриманням хіміотерапії спостерігається важкий перебіг хвороби сухого ока.

СТОМАТОЛОГІЯ



DENTISTRY

Monika Malgorzata Bialoszycka¹, Alisa Pachevska²

APPLICATION OF THE CRYSTALLOGRAPHIC METHOD FOR STUDYING SALIVA FOR EARLY DIAGNOSTICS OF THE MOUTH CAVITY DISEASES

Department of Pediatric Dentistry

Alisa Pachevska (PhD, senior lecturer)

Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Warmińsko-Mazurski Uniwersytet¹
Olsztyn, Poland

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya²
Vinnytsya, Ukraine

Abstract: researchers have found that the structure and functions of the salivary glands primarily respond to diseases of the oral cavity. The composition of saliva is associated with the presence or absence of dental pathology. This explains the variations in the crystallization of saliva upon drying. Visually, this is observed by the formation of needle-shaped crystals upon drying.

Purpose: to study variations in the formation of crystalline aggregates in practically healthy young men aged 15-17 years.

Materials and methods: the study was conducted on 60 practically healthy young men aged 15-17 years without concomitant somatic and dental pathology. We used the method of drying mixed saliva on a glass slide followed by light microscopy at various magnifications.

Results: crystallization of mixed saliva took place with the formation of figures in the form of a tree. When interpreting the crystallograms, quantitative characteristics were taken into account, namely: the length of the crystals to the point of branching, the angle of branching, the number of generations of the 1st, 2nd and other orders, the width of the crystals, the length of the crystal, the number of microprotrusions along the length of the crystal. Qualitative features were uneven thickness throughout one figure, asymmetry of branches, curvature of the main crystal stem, crystals with fuzzy

contours, flat crystals, destructive changes, stems without branching, cruciform crystals. a study of crystallographs showed that in the group of healthy children, crystals of uneven thickness, figures with asymmetric branches predominate, significantly fewer crystallization stems without branches, with curved main stems, the minimum values were such features as: flat crystals, split crystals, stems without branches and cruciform crystals.

Conclusions: practically healthy young men aged 15-17 are characterized by crystallization of saliva in the form of a tree (fern). It is considered interesting to create a database of morphological features of crystallization of mixed saliva for further statistical analysis.

Hasnae Charife, H. I. Krynychnych

VOMERONASAL ORGAN: A MODERN VIEW OF ITS STRUCTURE, FUNCTION AND EVOLUTIONARY SIGNIFICANCE

Department of surgical dentistry and maxillo-facial surgery
S.M. Shuvalov (MD, prof.), H.I.Krynychnych (teacher assistant)
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Vinnytsya, Ukraine

Abstract: according to the dual concept of smell, in vertebrates there is a main and an additional structure of this system. The main system plays an important role in nature in the perception of food-related odors, interspecific and intraspecific behavior. The additional system is responsible for the perception of biological markers of one's own species - pheromones that control neuroendocrine and behavioral reactions and processes. The vomeronasal organ (VNO) is considered to be responsible for the perception of pheromones, which plays an important role for all vertebrates, but its role for humans remains debatable to this day, which prompted us to conduct this study.

Purpose: to analyze modern data on the presence, function and evolutionary significance of the VNO in humans.

Materials and methods: the determination of the features of the structure, function and evolutionary significance of the VNO was carried out on the basis of an analysis of specialized literature and own observations of anatomical preparations.

Results: the VNO is a bilateral epithelial structure that has connections with blood vessels and olfactory nerves. The incisor canal serves for communication with the VNO, which is mediated by the duct of the nasopalatal canal. This organ is part of the additional olfactory system in mammals and is responsible for the reception of pheromones and nerve communication with the central nervous system. The loss of the functional value of the sense of smell in humans, compared to other animals, explains the reduction of the canal from wide slits (as in cows and pigs) to island-like openings. Although recent foreign publications indicate that VNO is not part of the olfactory system, but is an isolated structure. In addition, comparative studies using immunohistochemical processing of VNO in humans, other primates and mammals that use VNO for pheromone reception and olfactory sensitivity prove that the function of this organ differs between humans and other mammals. The olfactory system was the first of the sensory systems to be represented in the cerebral cortex and was significantly modified during evolution. This can be explained by the presence of an evolutionary tendency to lose the importance of the sense of smell, further evidence of which is the decrease in the area of the muzzle, which is so typical of lower mammals. In fact, a human is much lower than many animals due to a decrease in the acuity of the senses of smell, sight, and hearing. The progressive reduction of the jaws and the accompanying increase in the cranium (change in the encephalization ratio) are the result of a series of changes that occurred during evolution.

Conclusions: Therefore, the reduction of the naso-palatine area and the loss of the functional value of its structural elements are a manifestation of evolutionary involution. Thus, having undergone changes, the anatomical formations of this localization (duct of the incisal canal and VNO) are considered rudimentary in humans.

Hart Laurena
PRINCIPLES OF DENTAL CARE IN POLAND
Department of Prosthetic Stomatology
B.Y. Komnatskyi (PhD, associate professor)
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Vinnytsia, Ukraine

Abstract: because of russia's aggression, a large number of Ukrainian population was forced to move temporarily to Poland, the topic of dental care in Poland is extremely important.

Purpose: to give a general description of dental care in Poland.

Materials and methods: communication with Polish dentists, review and analysis of scientific publications and articles from foreign sources and Internet resources.

Results: the dental market in Poland is dominated by private clinics and offices. There is also a state insurance form for providing medical care - the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia: NFZ). However, more than 50% of the population do not use insurance dental care within the fund. Dental care provided in outpatient medical facilities has a limited scope, where modern materials and treatment methods are not used. Access to dental care in such a large country as Poland is very different. It is provided worst in small towns and villages, where most children do not have the opportunity for professional prevention and treatment of dental diseases. The reason for this is that dentists mostly open dental clinics in big cities, which forces residents of small towns to look for a dentist outside their villages. Not all private clinics have a policy with NFZ, to be able to use NFZ you must be working and paying taxes in Poland and this insurance only covers fillings and extractions. If you have an insurance with a private company, in this case you will be required to pay your clinic bill and then given a receipt you'll send to your insurance company after which you'll get a refund. Patients who are uninsured have to pay the full cost of dental services. According to a study conducted by CBOS in 2016, out of 84% of patients taking part in the survey, 40% declared use of both private and public health services, 37% use only public health care, and 7% use only private health services. 77% of all respondents declared using private health care is caused by long waiting for public health care services. It is also worth noting the high prices for dental services in Poland, but they are lower than in other European countries, such as Great Britain or Germany. Dentists in Poland must be registered with the Polish Chamber of Physicians and Dentists. Every five years dentists must demonstrate to the Chamber that they have maintained the latest knowledge and skills. This is compulsory for their license to be renewed.

Conclusions: Poland is one of the best countries for dental care. It has a good reputation for affordable, accessible, and high-quality dental care. Despite this, problems still exist: high prices for dental services, long waiting times for a doctor, and the urbanization of dental care.

Д.О.Беседін, Т.В. Чугу, Н.В.Драчук
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ТРАВМИ ТИМЧАСОВИХ
ЗУБІВ У ДІТЕЙ ТА ТЕРМІНУ ЗВЕРТАННЯ ЗА ПРОФЕСІЙНОЮ
СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ. КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД**

Кафедра стоматології дитячого віку

Т.В. Чугу (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: за сумною офіційною статистикою МОЗ у кожній третій дитини була травма зубу в період зростання і дорослішання. У дітей травматичні ураження більш поширені ніж у дорослих і частіше припадають на віковий період від 8 до 14 років. За даними різних авторів, від 5% до 30% ушкоджуються переважно фронтальна група зубів верхньої та нижньої щелеп,

як тимчасового так і постійного прикусу. І це досить вагомий показник, щоб звернути на цю проблему увагу. Особливості травми щелепно-лицевої ділянки визначаються віком дитини, і залежать від періоду формування тканин та дії фактору в цей час. Наслідком цієї взаємодії є подальший перебіг післятравматичного періоду, під час якого важливим є можливість або неможливість відновлення щелепно-лицевої ділянки в майбутньому, як в аспекті функції, так і в аспекті естетики, що потребує надання своєчасної кваліфікованої допомоги дитині.

Мета: дослідити вплив своєчасного звернення за професійною стоматологічною допомогою при травмах тимчасових зубів у дітей.

Матеріали і методи: на кафедрі стоматології дитячого віку в період 2022-2023 звернулися 46 осіб з травмами тимчасових зубів. З них: 25 в першу добу, 15 на другу добу внаслідок наростання посттравматичної клінічної картини, 6 пацієнтів звернулось в період після 48 годин. Всім пацієнтам проведено детальне клінічне обстеження, рентгенологічна діагностика і проведено шинування за допомогою ортодонтичного ретейнера.

Результати: за результатами спостереження помічено, що: 25 хворих, які звернулися в першу добу та були проліковані не мають ускладнень у вигляді періодонтиту, пульпіту та подальшої наявності вад розвитку зубо-щелепної системи. 15 дітей, котрі звернулися на другу добу вже потребували більш довготривалого лікування через виникнення ознак запалення та рухомості зубів протягом двох місяців після отриманої травми. З них 6 пацієнтів мали ускладнення у вигляді хронічного періодонтиту, 4 - наявну внутрішню кореневу резорбцію, 5 - ознаки передчасної резорбції коренів тимчасових зубів. Всім пацієнтам, які звернулися в період після 48 годин рекомендовано видалення тимчасових зубів з подальшим встановленням ортодонтичних конструкцій протягом 3 місяців після отримання травми. Отримані результати показують важливість звернення дітей до лікаря-стоматолога у першу добу після травми.

Висновки: травми постійного зубного ряду, що розвивається, можуть виникнути в будь-який час у дітей після травми, і вони можуть вплинути на коронку та/або корінь, викликаючи ураження зубів і призводячи до порушень прорізування. Ці травми можуть бути непоміченими до моменту прорізування постійних зубів. Діти з травмою порожнини рота в анамнезі повинні один раз на рік спостерігатися у дитячого стоматолога для ранньої діагностики гіпоплазії або циркулярної гіпоплазії непрорізаних зубів. Важливо інформувати медичних працівників та стоматологів, які працюють у відділеннях невідкладної допомоги, про ризики травми порожнини рота у дітей, а також фахівців з дитячих садків.

Р.В. Бурлака, Т.Р. Закалата

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЩА З ДОДАТКОВИМ ВИКОРИСТАННЯМ МІКРОІМПЛАНТІВ ТА СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ НЕЗНІМНОЮ АПАРАТУРОЮ

Кафедра стоматології дитячого віку

Т.Р. Закалата (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: якісне ортодонтичне лікування ЗЩА можливе за умови надійного анкоражу. Анкораж визначається як стабільністю до небажаних переміщень зубів, так і необхідний для корекції скелетних аномалій прикусу. Застосування мікроімплантів і мініпластин розширили можливості ортодонтичного лікування. Співпраця ортодонта і хірурга, використання цифрових технологій діагностики дає принципово нові можливості в лікуванні ЗЩА і суттєво оптимізує роботу ортодонта в багатьох клінічних випадках, що потребують надійної опори. Це дозволяє контролювати переміщення зубів в трьох площинах та уникнути небажаного переміщення.

Мета: оцінити якість і строки переміщення зубів при лікуванні ЗЩА з додатковим використанням мікроімплантів та використання стандартної незнімної апаратури.

Матеріали та методи: для дослідження було відібрано 33 пацієнта. Вік пацієнтів складав від 24 до 42 років, з них 21 жінка і 12 чоловіків. Ортодонтичне лікування полягало в виправленні мезіального нахилу окремих зубів, усуненні феномену Попова-Годона з подальшим протезуванням. Задача ортодонтичного лікування полягала в створенні оптимально сприятливих умов для протезування. Пацієнти були інформовані та ознайомлені з можливими ускладненнями. У всіх випадках використовувався один хірургічний протокол. Для проведення експерименту використовувалися мікроімпланти фірми Leone. Імпланти виготовляють з титанового сплаву, що являє собою гіпоалергенну сполуку і цілком безпечні для організму.

Результати: в ході роботи встановлено кращу інтеграцію мікроімплантів у пацієнтів чоловічої статі (88%) в порівнянні з пацієнтами жіночої статі (76%). Виявлено меншу кількість ускладнень у пацієнтів жіночої статі (65%), ніж у чоловіків (72%). Для порівняння швидкості переміщення зубів з використання мікроімплантів та стандартної брекет системи було взято 12 пацієнтів приблизно одного віку (24-28р.). Під час дослідження було встановлено, що переміщення зубів з використанням мікроімплантів в 1.5 рази швидше, ніж переміщення на стандартній брекет системі. Мікроімпланти фіксуються в кістці і забезпечують анкораж шляхом механічної опори і не створюють перенавантаження на корені зубів. Це дозволяє якісно перемістити не тільки коронкову частину зуба, але й корінь в заданій площині і забезпечити якісний оклюзійний контакт зубів. Серед факторів, які впливали на інтеграцію мікроімплантів та їх функціонування слід виділити паління. Гіпоксія тканин ніотином перешкоджає стабільній фіксації, що було підтверджено отриманими результатами, на відміну від використання стандартної брекет системи. При використанні ортодонтичного лікування на брекетах в якості анкоражу виступають моляри, на яких фіксуються ортодонтичні замки. Моляри є нестабільними структурами для повного анкоражу, що веде до небажаних ускладнень: резорбція верхівок коренів, ротація, больові відчуття, перенавантаження, тощо. Використання піднебінного бюгеля також не є абсолютним анкоражем.

Висновки: у ході проведеного дослідження було встановлено, що переміщення зубів з використанням мікроімплантів якісніше і швидше, ніж стандартною незнімною апаратурою.

А.Ю. Васильченко

ФОНЕТИЧНА АДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЧАСТКОВОГО ЗНІМНОГО ПЛАСТИНКОВОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології

Д.В. Калашніков (к.мед.н., доц.)

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність: пацієнти у віці 59 – 65 років, звертаються на прийом до стоматолога – ортопеда за для відновлення втраченої функції жування. У наслідок часткової втрати зубів у бічних ділянках на верхній щелепі, дефект зубного ряду I клас за Кеннеді. Нами було проведено дослідження направлене на більш комфортніший період фонетичної адаптації пацієнтів до часткового знімного пластинкового протеза на верхній щелепі.

Мета: ефективність протезування двосторонніх кінцевих дефектів на верхній щелепі за для відновлення жувальної ефективності та фонетичної адаптації, за рахунок виконання пацієнтами рекомендацій від лікаря.

Матеріали та методи: провести бесіду з пацієнтами для встановлення його психоемоційного стану після протезування (в адаптаційний період) для надання рекомендацій, що до користування частковим знімним пластинковим протезом на верхню щелепу.

Результати: для дослідження було взято 10 пацієнтів у віці від 59 до 65 років (3 жінки та 7 чоловіків). Після наданих рекомендацій користування частковим знімним пластинковим протезом на верхню щелепу для більш гарної фонетичної адаптації.

Висновки: для більш комфортної та більш швидкої адаптації до протеза кожному пацієнту пропонувалось більше спілкуватися з оточуючими та читати у голос. На 8 день 3 пацієнти (жінки) мали гарні результати – регулярно виконували рекомендації, що до фонетичної адаптації, а 7 пацієнтів (чоловіків) мали фонетичні недоліки (шиплячі звуки) - не регулярно виконували рекомендації (чоловікам було надано до виконання додаткові рекомендації). Після 17 днів фонетичний адаптаційний період зрівнявся. Тому хотілось би зазначити, що регулярне виконання рекомендацій лікаря в адаптаційний період зменшує сам адаптаційний період.

В.Р. Вахновський, Н.Ф. Бабійчук
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СНЩС І ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ
Кафедра ортопедичної стоматології
Н.Ф. Бабійчук (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: функціональні порушення СНЩС з кожним роком стають все більш розповсюджені, особливо серед осіб юного віку, що спричинено поліетіологічністю та важкістю діагностики даних патологій. У зв'язку із цим спостерігається різноманітність методів діагностики, лікування та недосконалість профілактики, що у більшості випадків сприяє хронізації та посиленню патологічних змін у СНЩС.

Мета: діагностика функціональних порушень скронево-нижньощелепного суглобу серед людей юного віку.

Матеріали та методи: у дослідженні брали участь 23 пацієнти віком від 19 до 21 років, яких обстежували на базі кафедри ортопедичної стоматології ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Пацієнтам було проведено: огляд обличчя, збір анамнезу, візуальний аналіз рухів нижньої щелепи, детальний аналіз суглобового шуму, пальпація суглоба та жувальних м'язів, детальний огляд порожнини рота та зубних рядів, оцінка прикусу та оклюзійних контактів.

Результати: у результаті проведених досліджень було встановлено наявність 3 випадків важкого ступеня дисфункції СНЩС (13,01%), 13 випадків легкого ступеня (56,5 %) та тільки 7 випадків відсутності дисфункції СНЩС (30,49%).

Висновки: таким чином, одержані результати дозволили встановити, що функціональні порушення СНЩС виникають внаслідок впливу поліетіологічних чинників, як правило, екзогенних травм щелепно-лицевої ділянки, неадекватного мікропротезування, психологічного навантаження та шкідливих звичок. В обстежених пацієнтів 19-21 років наявні функціональні порушення суглобу різного ступеня важкості (69,51% обстежених), що являє собою великий ризик у необхідності подальшого стоматологічного лікування та неблагоприятного прогнозу реабілітації. Необхідно розробити прості, зручні, доступні засоби для профілактики і зменшення ступеня важкості функціональних порушень у СНЩС.

А.Б. Волинець
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИПУ МИСЛЕННЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ТА ТИПУ ЇХ
ТЕМПЕРАМЕНТУ**

Кафедра терапевтичної стоматології
Н.В. Іленко-Лобач (к.мед.н.,доц.)
Полтавський державний медичний університет
м.Полтава, Україна

Актуальність: стрімкий розвиток сучасних цифрових технологій, засилля інформаційного поля та мультизадачний підхід до реалізації поставлених задач створюють умови до формування та прогресування «кліпового» типу мислення в суспільстві. «Кліпове»

(фрагментарне) мислення є протипагою мисленню продуктивному («тривалому»), що є обов'язковою передумовою формування клінічного мислення, як незамінної складової лікарської діяльності. З іншого боку тип темпераменту впливає на індивідуальний стиль поведінки людини, відображається в реакціях на події, ступені емоційності, швидкості мислення, мовлення, руху, манері спілкування.

Мета дослідження: оцінка взаємозв'язку типу мислення лікарів-стоматологів та типу їх темпераменту.

Матеріали та методи: в дослідження взяли участь 47 практикуючих лікарів-стоматологів, що працюють в медичних закладах міста Полтава. Всім учасникам дослідження було запропоновано пройти опитування для діагностики наявності "кліпового"(фрагментарного) мислення за тестовою методикою М. Б. Літвінової. Додатково всім респондентам визначали тип темпераменту (Гудзик Т.В.).

Результати: Серед проанкетованих лікарів-стоматологів найбільше виявилось сангвініків – 40,4% та флегматиків –27,6% відповідно. Тоді як меланхоліків та холериків виявилось 17% та 14,1% відповідно. Більшість респондентів, а саме 30 лікарів-стоматологів, що становить 63,83%, має сформоване клінічне мислення, а у 17 осіб (36,17%) є ознаки «кліпового» (фрагментарного) мислення. Аналіз отриманих результатів по типам темпераменту дозволив виявити, що серед 13 лікарів-стоматологів флегматиків, що приймали участь у опитуванні 10 – мають продуктивний тип мислення, а лише 3 характеризуються фрагментарним мисленням. Серед 19 лікарів-стоматологів сангвініків респонденти з клінічним та «кліповим» типом мислення розподілилися приблизно порівну. Так 10 лікарів мали ознаки продуктивного (клінічного) мислення, а 9 – фрагментарного («кліпового»). З 8 меланхоліків лікарів-стоматологів більшість, а саме 6 осіб мали ознаки фрагментарного типу мислення і лише 2 – клінічного типу мислення. Серед лікарів-стоматологів холериків 4 учасника з 7 мали ознаки продуктивного мислення, а 3 учасників – фрагментарного типу мислення.

Висновки: виявлені взаємозв'язки типу темпераменту практикуючих лікарів-стоматологів та його типу мислення. Найбільше лікарів-стоматологів з продуктивним типом мислення, варіантом якого є мислення клінічне, виявлено серед флегматиків. Лікарі-стоматологи з фрагментарним («кліповим») типом мислення переважали серед меланхоліків. Тоді як сангвініки та холерики розподілилися за ознаками різних типів мислення приблизно навпіл. Результати даного дослідження потребують подальшого вивчення та всебічного аналізу.

Д.О. Гончарук, А.І.Далішук, В.С.Поліщук, О.О.Поліщук

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПЕЧІНКИ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

А.І. Далішук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: розповсюдженість запальних захворювань ЩЛД складає від 30 до 60% від усіх пацієнтів, які звертаються за допомогою в спеціалізовані щелепно-лицеві відділення (Маланчук В.О., 2011). Перебіг запального процесу, загоєння гнійної рани залежить від патогенності і вірулентності бактерій, імунного статусу і регенераторних можливостей організму, але також велике значення в пригніченні процесів загоєння займають супутні захворювання, серед яких значну частину складає патологія печінки. Даних про цей вид патології у хворих з флегмонами немає. Тим не менше кількість ускладнених випадків запального процесу і загоєння ран залишається високим і сягає 5-8% від загальної кількості хворих.

Мета: провести аналіз результатів хірургічного лікування одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки у пацієнтів із супутньої патологією печінки.

Матеріали та методи: було проведено аналіз клінічних проявів одонтогенних флегмон поверхневих клітковинних просторів щелепно-лицевої ділянки у 35 пацієнтів. Контрольну групу спостережень (І група) склали пацієнти без супутньої патології (22 хворих), ІІ групу (дослідну) – пацієнти з патологією печінки (13 хворих). Для підтвердження захворювань печінки використовували біохімічні показники (загальний білок, загальний білірубін, АлТ, АсТ). Аналізували результати хірургічного лікування хворих з гнійними процесами піднижньощелепових, підпідборідних та позадущелепових ділянок, тому що вони мають однотипне розташування біля нижньої щелепи та клінічний перебіг, який значно не відрізняється. При проведенні хірургічного лікування флегмон використовували однотипні розрізи. В окремих випадках виникала необхідність в повторній операції і проведенні додаткового розрізу для забезпечення кращого дренивання ділянки ураження. При аналізі до уваги брали тривалість лікування, проведення додаткового розкриття гнійних процесів.

Результати: в результаті хірургічного лікування одонтогенних флегмон поверхневих клітковинних просторів щелепно-лицевої ділянки у пацієнтів контрольної групи терміни загоєння післяопераційної рани складала $8,4 \pm 2,8$ діб і після проведеного розкриття вогнища запалення необхідність в додатковому розрізі виникла лише у 2 хворих (9,1%). У пацієнтів з патологією печінки спостерігались більш довготривале очищення рани від некротичних тканин і загоєння до $11,6 \pm 3,2$ діб. Крім того, у 4 (30,8%) пацієнтів досліджуваної групи відмічено розповсюдження гнійного процесу в сусідні анатомічні ділянки, що вимагало повторного оперативного.

Висновки: патологія гепатобіліарної системи погіршує перебіг запальних процесів щелепно-лицевої ділянки і подовжує терміни лікування на 3-4 доби. При запальних процесах щелепно-лицевої ділянки на фоні вираженої патології печінки доцільно проводити широкі розрізи з дрениванням поряд розташованих ділянок, що дозволить зменшити кількість повторних розтинів.

При запальних процесах щелепно-лицевої ділянки на фоні патології печінки доцільно додати в схему комплексного лікування гепатопротектори.

Я.Р.Гурський
**КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕСТАВРАЦІЇ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН
АПРОКСИМАЛЬНИХ ПОВЕРХОНЬ ТЕХНІКОЮ “BULK-FILL” ЗА КРИТЕРІЯМИ
FDI**

Кафедра терапевтичної стоматології

Т.В.Федик (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: лікування карієсу апроксимальних поверхонь молярів і премолярів є складним завданням. Проблематично виконати надійну ізоляцію операційного поля, відновити контактний пункт. Після реставрації іноді виникають ускладнення у вигляді післяопераційної чутливості, вторинного карієсу, зменшення щільності контактного пункту, тощо. З метою поєднання хороших естетичних властивостей, зносостійкості, зручності застосування, доступної вартості сучасний ринок пропонує композити «bulk-fill», які відповідають всім цим вимогам. Водночас реставрації з цих матеріалів потребують оцінки за об'єктивними критеріями.

Мета: оцінити клінічну ефективність прямих реставрацій каріозних порожнин 2 класу за Блеком композитом «bulk-fill» з використанням критеріїв якості FDI.

Матеріали і методи: у дослідженні взяли участь 36 пацієнтів віком 22-45 років, яким здійснили лікування 40 випадків карієсу. Критеріями включення в програму була наявність

карієсу 2 класу за Блемом, життєздатна пульпа (показники ЕОД $4,6 \pm 1,6$ мкА); відсутність захворювань пародонту, важкої соматичної патології, тощо. Всі пацієнти мали хороший рівень гігієни ротової порожнини (OHIS $< 0,6 \pm 0,03$ бала). Індекс КПВ становив $7,7 \pm 2,4$. Препарування та реставрацію проводили з використанням системи Rubber dam. Для оптимальної адгезії обрали адгезивну систему Optibond FL ("Kerr"). Реставрацію здійснено композитом Tetric N-Ceram Bulk Fill ("Ivoclar Vivadent"). Клінічну оцінку реставрацій здійснювали за естетичними, функціональними, біологічними критеріями FDI. Кожен критерій оцінюється за 5-бальною шкалою. Оцінку здійснено одразу після реставрації, через 6 та 12 місяців.

Результати: одразу після лікування аналіз реставрацій показав їх відповідність 1 або 2 балам за більшістю критеріїв FDI. Оцінку «3» отримали 7 (17,5 %) реставрацій за критерієм відповідності кольору. 10 пацієнтів (25%) вказували на післяопераційну гіперчутливість, еквівалентну 3 балам. Клінічно неприйнятних результатів не було. Через 6 місяців реставрації отримали оцінку 1 або 2 за всіма критеріями, крім критерію "Відповідність кольору" – у 5 випадках (12,5%) його оцінено в 3 бали; а також в 1 випадку виявлено слабкий міжзубний контакт (3 бали). При контрольному огляді через 12 місяців якість більшості реставрацій оцінено "відмінно" та "добре". Оцінку «3» отримали 5 реставрацій за критерієм "Відповідність кольору", 1 – за критерієм "Анатомічна форма", 3 – за критеріями "Крайове прилягання", "Контактний пункт"; 2 пацієнтка скаржились на чутливість зуба до термічних подразників; у 2 пацієнтів виявлено вторинний карієс.

Висновки: отримані результати показали, що лікування карієсу апроксимальних поверхонь жувальної групи зубів є ефективним за умови оптимального вибору пломбувальних матеріалів, надійної ізоляції операційного поля та дотримання адгезивного протоколу. В цілому, якісна оцінка «bulk fill» реставрацій каріозних дефектів 2 класу показала хороші результати як одразу після лікування, так і через 6 та 12 місяців.

А.О. Дзяд, В.С. Поліщук., О.О. Поліщук, А.І. Далішук

ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТУ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ЩЕЛЕП НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лищевої хірургії

С.С.Поліщук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: травматичні пошкодження голови займають провідне місце в структурі загального травматизму та соціальної адаптації травмованих. Серед пошкоджень обличчя та шиї найбільш часто діагностуються це переломи нижньої та верхньої щелепи, а також рани м'яких тканин. Всі наші зусилля при лікуванні травматичних пошкоджень голови та шиї мають бути направлені на зменшення кількості ускладнень та прискорення регенераційних процесів. Одним з важливих чинників виникнення ускладнень при переломах нижньої та верхньої щелепи є гігієна порожнини роту. При наявності шинуючих конструкцій в порожнині роту та наявності супутньої патології це проблема постає найбільш актуально. Особливого підходу та уваги, потребують хворі з переломами щелепи, що мають супутню патологію у вигляді патології печінки.

Мета: нами було проведено в клініці дослідження рівня гігієни порожнини роту у пацієнтів з переломами щелепи на фоні хронічних хвороб печінки.

Методи: клінічні спостереження були проведені на 26 пацієнтах з переломами верхньої та нижньої щелепи. Серед переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду та переломів верхньої щелепи всім хворим було проведено лікувальна іммобілізація шляхом накладання шин Тігерштедта з зачіпними гачками. Вік пацієнтів був в межах 18-38 років. Всі постраждали були чоловіки. В процесі роботи всі травмовані були поділені на 2 групи: контрольна (11 пацієнтів), з переломами кісток лицевого скелету без патології гепатобіліарної системи; дослідна (15 пацієнтів) – з переломами кісток лицевого скелету з патологією печінки. Групи

дослідження були сформовані в результаті збору анамнезу та проведення печінкових досліджень.

Всім хворим було проведено дослідження гігієни порожнини роту за допомогою визначення проби Шіллера-Писарева на 5 день стаціонарного лікування.

Результати: у першій групі хворих було зареєстровано – 6 випадків (54,6%), забарвлення ясенного сосочка, 3 випадки (27,3%), забарвлення краю ясен, і у 2 пацієнтів (18,2%) було виявлено забарвлення слизової оболонки альвеолярного паростку. В другій групі хворих були отримані наступні результати – 4 випадки (26,7%), забарвлення ясенного сосочка, у 6 пацієнтів (40%), забарвлення було слизової оболонки ясенного краю і у 5 (33,3%) – забарвлення слизової альвеолярного паростку.

Висновки: наші клінічні спостереження підтверджують, що гігієна порожнини роту у пацієнтів з переломами щелеп та носінні шин Тігерштедта потребують особливої уваги. При патології гепатобіліарної системи відбувається погіршення стану гігієни порожнини роту у хворих з переломами нижньої щелепи з враженням всієї слизової альвеолярного паростку в 1,8 рази (з 18,2% проти 33,3 %), і навпаки більш легші враження слизової на рівні ясенного сосочка при проведенні визначення проба Шіллера-Писарева у пацієнтів першої групи у порівнянні з другою групою в 2,1 рази (54,6% проти 26,7%). Патологію гепатобіліарної системи необхідно враховувати при складанні комплексної гігієни порожнини роту при переломах щелеп.

П.Д. Кіндій

ПОШУК НАПРЯМКІВ УДОСКОНАЛЕННЯ СУЧАСНИХ БАЗИСНИХ ПЛАСТМАС В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології

Д.Д. Кіндій (к.мед.н., доц.)

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність: більшість базисів знімних пластинкових протезів на сьогоднішній день виготовляються з акрилових пластмас, що підтверджується численними науковими дослідженнями. Без ретельного підходу до вивчення властивостей базисних матеріалів, що застосовуються в ортопедичній стоматології, є складним надання якісної стоматологічної допомоги, результатом якої є функціональна повноцінність, естетика та довговічність. Нині триває активне вивчення нових матеріалів.

Мета: використання сучасних базисних пластмас для виготовлення різноманітних знімних протезів для розширення можливостей ортопедичного лікування пацієнтів.

Матеріали та методи: нами проаналізовано 48 доступних джерела літератури, з них 13 - іноземні видання. Глибина пошуку складала 20 років. Із загальної кількості вивчених джерел літератури у 27 наукових працях висвітлюються питання властивостей базисних пластмас. У решті наукових матеріалів наведена інформація про застосування цих матеріалів в ортопедичній практиці.

Результати: аналіз джерел літератури дозволяє стверджувати, що розробки вчених спрямовані на подальше покращення якості акрилових пластмас. Дослідження ведуться в наступних напрямках: модифікація акрилових композицій методом співполімеризації; армування та наповнення акрилових базисів; удосконалення технологій лабораторного виготовлення пластинкових протезів із базисних акрилових пластмас; створення нових матеріалів неакрилової природи. Досягнуто значних успіхів у покращенні якісних

характеристик базисних пластмас. Однак численні дослідження з вивчення полімерних матеріалів свідчать про значні труднощі на шляху створення високоміцних біосумісних матеріалів для ортопедичної стоматології. Біологічна сумісність базисних пластмас суттєво важлива для виготовлення безпечних для здоров'я пацієнтів зубних протезів. Велика кількість досліджень свідчить про те, що, піддаючись процесам біодеградації, конструкції виділяють у порожнину рота безліч компонентів. Ці речовини відіграють ключову роль в ініціації розвитку несприятливих ефектів. Діагностика подібних станів представляє актуальну та складну проблему. Проблема підвищення механічних характеристик матеріалів є актуальною в ортопедичній стоматології. Певні напрями дозволяють досягти підвищення зносостійкості та довговічності базисного матеріалу. Сучасна ортопедична стоматологія базується на новітніх матеріалах. Прогресивним напрямом є наностоматологія, яка використовує мінімальну кількість речовини.

Висновок: провівши огляд доступних джерел літератури, можна відзначити, що активний пошук у галузі розробки нових базисних матеріалів для виготовлення знімних пластинкових протезів з оптимальними характеристиками продовжується.

Н.Г.Коваль, В.С.Поліщук, А.І.Даліщук, О.О.Поліщук
ПОКАЗНИКИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ У РІЗНИХ ВІДДІЛАХ ЩЕЛЕП

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно - лицевої хірургії

В.С. Поліщук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: одним із сучасних методів дослідження мінеральної щільності кісткової системи є денситометрія. Сканування мінеральної щільності кісток обличчя дозволяють оцінити рівень втрати кісткової маси, який може визначатись за допомогою безпосереднього використання денситометра або шляхом визначення одиниць Хаунсфілда на основі комп'ютерної томографії за допомогою програми Planmeca 3D. Денситометрія на сьогодні важливий метод діагностики остеопенії та остеопору, що дозволяє визначити прогноз за інтеграцією зубних імплантатів або навіть її покращити. Високий відсоток дезінтеграції зубних імплантатів змушують дослідників пошуку нових раціональних напрямків вирішення даної проблеми, що пов'язано з остеопорозом та остеопенією.

Мета дослідження: дослідити мінеральну щільність кісткової тканини нижньої та верхньої щелеп в різних анатомічних зонах.

Матеріали та методи: проведено дослідження 17 пацієнтів віком від 23 до 47 років з неповною адентією верхньої та нижньої щелепи. Всім пацієнтам було проведено дослідження мінеральної щільності нижньої та верхньої щелепи. При цьому верхня та нижня щелепи були поділені на три зони. Перша зона була – фронтальна, друга зона – бокова та дистальна - що включала щелепу на рівні молярів. Для визначення мінеральної щільності нижньої та верхньої щелепи користувалися комп'ютерним томографом з програмним забезпеченням Planmeca, визначаючи одиниці Хаунсфілда. Дослідження мінеральної щільності на рівні верхньої та нижньої щелеп проводилися в аксіальній площині посеред альвеолярного паростку відповідно на умовних симетричних лініях між різцями, премолярами, шостими та сьомими молярами. Середнє арифметичне значення відповідало мінеральній щільності губчастій речовині. Проводили також дослідження мінеральної щільності на рівні середнього шва ділянки піднебіння та нижньої щелепи. Цей показник показував мінеральну щільність компактною речовини щелеп.

Результати: у результаті дослідження отримані такі показники: першій зоні верхньої щелепи показник склав $429,32 \pm 107,4$ HU, другої зони – $438 \pm 114,3$ HU, третьої зони – $453 \pm 123,6$ HU. На противагу даним верхньої щелепи показники мінеральної щільності нижньої щелепи склав у ділянці першої зони – $590,7 \pm 95,3$ HU, другої зони – $485,5 \pm 123,8$ HU, третьої зони –

535,8±134,7 HU. В ділянці піднебінного шва мінеральна щільність відповідала 863,7±184,6 HU, а в ділянці серединного шва нижньої щелепи – 1025,3±131,1 HU.

Висновки: у результаті проведених досліджень можна зробити висновок, що визначення мінеральної щільності кісток на основі показників комп'ютерної томографії показав: різні анатомічні ділянки щелеп мають різну мінеральну щільність; найвищу мінеральну щільність має зона серединного шва нижньої та верхньої щелепи; в ділянці різної групи зубів найбільшу мінеральну щільність має зона фронтальної групи зубів нижньої щелепи, а найменшу – фронтальної групи зубів верхньої щелепи; при проведенні зубної імплантації доцільно враховувати мінеральну щільність різних анатомічних ділянок щелеп.

О.С. Крещук

ТРІЩИНИ ЗУБІВ ЯК УСКЛАДНЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОГНОЗ

Кафедра терапевтичної стоматології

Л.О. Ковальчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: тріщини зубів - поширена проблема в практиці лікаря-стоматолога. Неякісна діагностика та пізнє виявлення тріщин може призвести до ряду ускладнень: перелому горбка, коронки, кореня; значної втрати кісткової тканини, втрати самого зуба.

Мета: дослідити тріщини зубів, що виникають у пацієнтів після стоматологічного лікування дефектів твердих тканин зубів. Провести діагностику та лікування даних уражень зубів, надати необхідні рекомендації.

Матеріали та методи: загально-клінічні методи, метод вітального фарбування з використанням каріес-маркеру Izumrud, холодний тест, обстеження під денціальним мікроскопом Scanner CALIPSO MD-500, внутрішньоротова рентгенографія, фотопротокол.

Результати: з 01.06.2022 по 31.12.2022 на первинному стоматологічному огляді нами було обстежено 24 пацієнта з тріщинами зубів бокової ділянки. У всіх пацієнтів зуби були раніше ліковані з приводу карієсу та його ускладнень. Об'єктивно на всіх зубах спостерігались об'ємні пломби.

Були проведені клінічні методи обстеження: збір скарг, анамнезу, огляд, зондування, перкусія, холодний тест, тест на накушування, фарбування каріес-маркером для відстеження ходу тріщини, глибини її поширення. Для детального обстеження тріщин використаний денціальний мікроскоп з 16-кратним збільшенням. В процесі діагностики та лікування здійснювався фотопротокол за допомогою денціальних дзеркал та фотоапарату Nikon. Для діагностики тріщин використовували класифікацію ААЕ: 1 група - Craze Lines, 2 група - Fractured Cusp, 3 група - Cracked Tooth, 4 група - Split Tooth. У 24 обстежених пацієнтів тріщини локалізувались у 2 премолярах та 10 молярах верхньої щелепи, 12 молярів нижньої щелепи. При денціальній мікроскопії було виявлено часткові тріщини мезіальні (5) і дистальні (3), повні мезіо-дистальні (6) і діагональні (10), які ускладнювались переломом горбка, неповним та повним переломом зуба. Згідно з класифікацією і рекомендаціями ААЕ прогноз для 2 групи тріщин (10 пацієнтів) є сприятливим і подальше лікування залежало від глибини приясенного руйнування. Лікування таких зубів здійснювали шляхом видалення ураженого горбка та непрямой реставрації. Для пацієнтів 3 групи (10) прогноз був сумнівним і залежав від глибини тріщини кореня. Неглибокі тріщини в пришийковій частині кореня відновлювали методом непрямой реставрації. Пацієнти були попереджені про можливість прогресування тріщини. У пацієнтів з глибокими тріщинами проводилось видалення зуба. У пацієнтів 4-ї групи (4) з повним переломом зуба прогноз був несприятливим, було рекомендовано видалення зуба.

Висновки: рання діагностика має визначне місце для успішного прогнозу лікування. Прогноз при тріщинах різноманітний, залежить від глибини поширення. Консервативне лікування

тріщини передбачає ендодонтичне лікування за показаннями, відновлення методом непрямой реставрації. Рекомендується продовжити спостереження за результатами лікування у віддалені терміни.

П.С. Кузнецова

ПРОЯВИ ВТОРИННОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ЗУБНОГО РЯДУ У РЕЗУЛЬТАТІ ВТРАТИ ПЕРШОГО МОЛЯРА У МОЛОДОМУ ВІЦІ

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології
С.Г. Зубченко (к.мед.н., ас.), К.Д. Тончева (к.мед.н, ас.)
Полтавський державний медичний університет
м. Полтава, Україна

Актуальність: у багатьох людей у віці 19 – 21 роки наявна вторинна адентія першого моляра, у наслідок не своєчасного лікування карієсу та його ускладнень, що призводить до його руйнування та подальшого видалення (виникнення дефекту зубного ряду та подальшої деформації зубних рядів). У пацієнтів з дефектом зубного ряду III клас за Кеннеді, спостерігається зменшення жувальної ефективності, тобто зниження коефіцієнта гарного пережовування їжі, що призводить до негативного впливу на організм в цілому, особливо у цьому віці.

Мета: провести визначення вторинних деформацій зубних рядів, які з'явилися після видалення першого моляра та появи дефекту зубного ряду.

Матеріали та методи: було обстежено 20 молодих людей (10 хлопців та 10 дівчат) у віці від 19 до 21 років. При обстеженні включалось вид прикусу, оцінка стану твердих тканин зубів, шкідливі звички та місце проживання.

Результати: при проведенні дослідження було обстежено 20 молодих осіб, віком від 19 до 21 років, у яких був відсутній перший моляр внаслідок видалення. Під час обстеження виявлено, що у більшості осіб спостерігається феномен Попова – Годона та ступінь вираженості цього явища знаходиться у прямій залежності від часу втрати зуба. Вказані зміни у зубному ряді з часом дуже ускладнюють подальше протезування пацієнтів.

Висновки: за результатами проведених досліджень встановлено потреба у проведенні профілактичних заходів для зменшення розповсюженості та інтенсивності карієсу та його ускладнень, щоб запобігти ранній втраті першого моляра у молодому віці. А у випадках появи дефекту зубного ряду – обов'язкове своєчасне ортопедичне лікування для уникнення появи вторинних деформацій зубних рядів та відновлення жувальної ефективності у пацієнтів.

Е.М. Логунова, А.В. Пачевська

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ ПЕРІОДОНТУ ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ДЕКСАМЕТАЗОНУ

Кафедра стоматології дитячого віку
А.В. Пачевська (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) назвала дексаметазон єдиним ефективним засобом лікування важких випадків COVID-19. В той же самий час використання рекомендованої дози 6 мг протягом 7-10 днів призводить до морфофункціональних порушень органів та систем органів, зокрема до скарг хворих на постійне відчуття сухості у ротовій порожнині, до якої приєднуються симптоми періодонтиту - локалізований біль постійного характеру, що іноді іррадіює, підвищена чутливість ясен, поява набряку м'яких тканин, зуби стають рухомими.

Мета: вивчення структурних змін періодонту та великих слинних залоз щурів при експериментальному введенні дексаметазону в рекомендованій ВООЗ дозі та профілактиці фітопрепаратом.

Матеріали та методи: дослід проводився на білих щурах-самцях, яких розділили на три групи: інтактні, введення дексаметазону, профілактичне введення відвару з листя чорниці. Дексаметазон вводився щуру внутрішньом'язово 6 мг протягом 10 днів, а відвар з листя чорниці внутрішньошлунково 2мл за допомогою зонду з оливою.

Результати: гістологічне дослідження показало, що тканина під'язичної слинної залози інтактною групи представлена кінцевими відділами – ацинусами та виводними протоками. Кінцеві відділи слизових залоз утворені дуже світлими клітинами з погано прокрашеною цитоплазмою, у якій міститься велика кількість вакуолей, та темним ядром півмісячної форми, розташованим на периферії мукоцита, ближче до базальної мембрани. Експериментальне введення дексаметазону веде до збільшення об'єму мукоцитів за рахунок збільшення цитоплазми та зменшення об'єму міоєпітеліоцитів. Відповідно спостерігається зменшення просвіту ацинусів. Слизового секрету в просвітах ацинусів мало. Профілактичне введення відвару з листя чорниці веде до наближення гістологічної картини до групи інтактних тварин. При гістологічному дослідженні слизової оболонки нижньої щелепи тварин, які отримували внутрішньом'язове введення дексаметазону в дозі 6 мг на добу протягом 10 діб, встановлено, що порівняно з інтактними тваринами спостерігається перебудова всіх структурних компонентів тканини ясен: потовщення епітеліального шару вільної тканини ясен, збільшення ширини ясенної щілини, потовщення прикріпленої частини. Відзначався гіперкератоз епітелію, паракератоз, набряк власної пластинкислизової оболонки, гіперемія судин, розширення міжклітинних проміжків, зростання лімфоцитарної інфільтрації. Морфологічне дослідження ясен щурів, яким на фоні введення дексаметазону вводили відвар листя чорниці, показало, що порівняно з тваринами без лікування зменшується потовщення прикріпленої частини, ширина ясенної щілини наближається до розмірів інтактних тварин, зменшується товщина кератозу, зменшується ширина власної пластинки слизової оболонки, зменшується гіперемія судин.

Висновки: введення дексаметазону веде до дистрофічних змін в періодонті та слинних залозах. Профілактичне введення відвару з листя чорниці має виражений органопротекторний вплив.

А.П. Пантелєєва

КОНЦЕНТРАЦІЯ ФТОРИДІВ У ПИТНІЙ ВОДІ ТА ВПЛИВ НА РОЗВИТОК НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТА КАРІЄСУ У МІСЦЕВИХ ЖИТЕЛІВ МІСТА ПОЛТАВИ

Циклова комісія професійних стоматологічних дисциплін

Ю.П. Зубченко¹ (викладач), І.В. Скубій² (к.мед.н., викладач – методист)

Фаховий медико – фармацевтичний коледж¹

Полтавський державний медичний університет²

м. Полтава, Україна

Актуальність: некаріозні ураження зубів впливає майже на все населення у Полтаві. Під час досліджень виявлено низький ступінь інтенсивності карієсу у дорослих у м. Полтава, а саме у віці 19 – 22 роки – $1,0 \pm 0,34$ зуба, у віці 19 – 20 років – $0,91 \pm 0,14$ зуба, а у віці 21 – 22 роки – $1,14 \pm 0,54$ зуба. Доведено, що систематичне використання фторидів знижує приріст карієсу. Карієс – це ураження зуба, при якому спостерігається недолік фтору в організмі людини, пов'язане з руйнуванням його емалі (верхнього шару), а потім і дентину (внутрішнього шару). Однак, користь загального застосування препаратів фтору становить багатьма вченими під сумнів, оскільки фтор має токсичний вплив на організм людини. Так, як у м. Полтаві підвищений рівень вмісту фтору у воді (1,5 – 3,0 мг/л), при нормі 0,7 – 1,0 мг/л

(за ВООЗ), то у регіоні відмічається підвищення інтенсивності некаріозних уражень (наприклад: флюороз – хронічне захворювання, яке вражає зуби і кістки людини, що носить ендемічний характер та розвивається при прийомі всередину організму води або продуктів з надмірним вмістом фтору). Тому застосування фторвмісних препаратів або зубних паст у складі яких є фтор для жителів Полтави не є необхідним. Натомість іноземні вчені пропонують застосовувати місцево зубні пасту із вмістом фтору для попередження карієсу. На думку вчених місцеве застосування фтору не впливає на розвиток флюорозу. Згідно зі спостереженнями, особиста гігієна ротової порожнини при відсутності фторидів у зубних пастах та збалансованому рівні вмісту фтору у питній воді має більший вплив на зниження частоти розвитку некаріозних уражень.

Мета: Визначити рівень фторидів у питній воді із різних джерел у м. Полтаві.

Матеріали та методи: нами проведено визначення вмісту фторидів у кількох зразках питної води у Полтаві, в тому числі й у бутильованій воді завдяки портативному пристрою для вимірювання вмісту фторидів у воді («Хаст® Micro 20» Фотометр).

Результати: у всіх відібраних зразках питної води, крім бутильованій, дуже високий вміст фторидів. Зокрема найбільша кількість фторидів у нашому регіоні була визначена у Київському районі м. Полтави – 1,7 мг/л, а найменший показник був у Шевченківському районі м. Полтави – 1,5 мг/л та збалансований вміст у бутильованій воді в межах норми до 1,0 мг/л.

Висновки: дослідження показали, що не бутильована вода, яку вживають у повсякденному житті містяни у місті Полтава міститься високий рівень фторидів. Це спонукає нас до припущення, що вживання бутильованої води та гігієни ротової порожнини зубними пастами без додавання у них фторидів у м. Полтаві є доцільним з метою зниження інтенсивності розвитку некаріозних уражень у місцевих жителів.

В. А. Пашнікова

ЗМІНИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ВИКОРИСТАННІ СИСТЕМ ДЛЯ НАГРІВАННЯ ТЮТЮНУ

Кафедра терапевтичної стоматології

А. В. Повшенюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: незважаючи на численні дослідження щодо шкідливого впливу тютюнопаління на стан гомеостазу порожнини рота та значення його в розвитку важких загальносоматичних захворювань, все більшої популярності серед молоді набувають альтернативні методи тютюнопаління. Враховуючи те, що ротова рідинка є першою лінією захисту слизової оболонки порожнини рота, ми провели визначення її фізичних параметрів у цієї категорії пацієнтів.

Мета: визначити швидкість слиновиділення, рН ротової рідини та криву Stephan в осіб, які використовують системами нагрівання тютюну.

Матеріали та методи: у нашій роботі було проведено обстеження 26 чоловіків віком від 18 до 36 років. Дослідну групу склали 14 осіб, що користуються системами нагрівання тютюну, групу контролю – 12 практично здорових осіб без шкідливих звичок. Обстежені не мають хронічних загальносоматичних патологій та стоматологічних захворювань. Швидкість слиновиділення без попередньої стимуляції оцінювали після спльовування пацієнтами змішаної слини в градуйовані пробірки протягом 5 хв. Визначення рН ротової рідини проводили за допомогою медичного лакмусу на основі зміни його кольору, та порівнювали із діагностичною шкалою. Функціональну активність ацидогенної мікрофлори порожнини рота по сахарозному рН-тесту оцінювали за зміною водневого показника змішаної слини з використанням тестового полоскання рота 15 мл 47% водного розчину сахарози на протязі 30

с. При цьому визначали рН шести порцій змішаної слини (з інтервалом в 5 хв.). В результаті отримували криву змін рН змішаної слини (криву Stephan), що характеризує метаболічну активність кислотопродукуючої мікрофлори порожнини рота. Статистичне опрацювання результатів дослідження здійснювали за допомогою програми Microsoft Excel та пакета прикладних програм Statistica 9,0.

Результати: середні значення показника швидкості саливації в дослідній групі ($0,42 \pm 0,12$ мл/хв) було вдвічі нижчим ($p < 0,05$) групи контролю ($0,81 \pm 0,13$ мл/хв). Це свідчить про наявність у осіб дослідної групи вираженої гіпосаливації, та відповідає даним літератури, де схожі зміни швидкості секреції слини виникають під впливом нікотину при звичайному тютюнопалінні.

За результатами наших обстежень, водневий показник з високою імовірністю різниці (99%) відрізнявся від групи контролю та становив $6,14 \pm 0,16$ і $6,85 \pm 0,19$ відповідно. Крім того, після постановки сахарозного рН-тесту у дослідній групі, виявлено функціональний ацидоз з високим ступенем амплітуди ацидотичної кривої ($-0,62 \pm 0,018$).

Висновки: 1. В порожнині рота пацієнтів дослідної групи переважають ацидотичні явища, які можуть бути обумовленими високою активністю кислотопродукуючої мікрофлори на фоні зниженого слиновиділення. 2. Виявлені змін в системі кислотно-основного балансу в порожнині рота спонукають до подальших поглиблених досліджень гомеостатичних порушень, що спостерігаються під впливом використання систем для нагрівання тютюну.

Д.Л. Присяжнюк, В.С.Поліщук, О.О.Поліщук, А.І.Даліщук
ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ ОБРОБКИ ЛУНКИ ЗУБІВ МУДРОСТІ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Поліщук С.С.(д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: важливою проблемою сьогодення в хірургічній стоматології є загоєння лунок після видалення зубів мудрості на нижній щелепі. В практиці хірурга стоматолога після видалення 38 чи 48 зубів, особливо ретинованих постає питання проблемного загоєння та можливістю заповнення лунки різними матеріалами, але жоден із них не гарантує необхідне загоєння лунки. Часто після видалення зубів мудрості на нижній щелепі виникають альвеоліти. Причини виникнення альвеолітів після видалення зубів мудрості на нижній щелепі залишається також складною проблемою. Адже не завжди при видаленні зубів мудрості на нижній щелепі, однакових по складності можна спрогнозувати перебіг загоєння. Незважаючи на значні досягнення у вивченні даної проблеми вона потребує подальшого дослідження та пояснення.

Мета: обґрунтувати використання альвожила при екстракції зубів мудрості на нижній щелепі для покращення загоєння лунок та зменшення кількості ускладнень.

Матеріали та методи: нами було проведено обстеження 27 пацієнтів віком від 25 до 40 років, яким було проведено видалення ретендованих зубів мудрості нижньої щелепи. В процесі роботи хворі було розділено на 2 групи: I – контрольна – 11 хворих, котрим проведено було атипове видалення 38 чи 48 зуба, та лунку виповнено кров'яним згустком, II – дослідна – 16 пацієнтів, котрим проведено було атипове видалення 38 чи 48 зуба, та лунку виповнено альвожилом та кров'яним згустком. Спостереження було проведено на 3, 5, 10 добу після операції.

Результати: у результаті дослідження пацієнтів першої групи виявлено у 4 (36,4%) пацієнтів альвеоліт та у 2-х (18,2%) суха лунка з післяекстракційною білью. У пацієнтів другої групи альвеоліт було діагностовано у 3-х (18,8%) пацієнтів, і суха лунка у 2 (12,5%) хворих після операції атипového видалення зубів мудрості на нижній щелепі. Терміни епітелізації лунок

видалених зубів мудрості у пацієнтів контрольної групи були триваліші ніж у дослідній та склав $29,2 \pm 4,6$ діб, а у дослідній групі $21,1 \pm 2,6$ доби.

Висновки: у результаті нашого дослідження можна зробити наступні висновки: після операції атипного видалення зубів мудрості нижньої щелепи найчастіше зустрічаються ускладнення альвеоліти; кров'яний згусток в лунці видаленого зуба не завжди гарантує якісне загоєння лунки; при операції атипного видалення зубів мудрості на нижній щелепі доцільно використовувати альвожил у поєднанні з утворенням кров'яного згустка; використання альвожила дозволить зменшити кількість ускладнень з 54,6% до 31,3% та прискорить епітелізацію лунки.

О.П. Ридчук

КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ НУКЛЕОТИДІВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВИЛИЧНОЇ КІСТКИ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПОШКОДЖЕННЯМ ІНФРАОРБІТАЛЬНОГО НЕРВА

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лищевої хірургії

Р. Л. Фурман (к.мед.н., ас.)

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

м. Вінниця, Україна

Актуальність: вагоме місце серед переломів кісток скелета через свої функціональні і косметичні особливості займають ушкодження кісток обличчя. Неврогенному статусу хворих з переломом виличної кістки, практичні лікарі приділяють недостатню увагу, так як дії при госпіталізації потерпілих спрямовані на проведення репозиції і фіксації уламків. До лікування посттравматичних ушкоджень інфраорбітального нерва лікарі приступають тільки після появи у потерпілих виразної клінічної симптоматики, зазвичай пізно, що значно знижує ефективність терапії, що проводиться.

Мета: порівняння клінічного перебігу та ефективності лікування переломів виличної кістки, що супроводжується пошкодженням інфраорбітального нерва при використанні препарату нуклеотидів.

Матеріали та методи: для вирішення поставленої мети нами було проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 23 хворих з переломами виличної кістки, що супроводжувались пошкодженням інфраорбітального нерва. Клінічне обстеження пацієнтів проводили згідно із загальноприйнятою методикою з детальним дослідженням локального неврологічного статусу. Симптоми оцінювали по наступній шкалі: 0 – відсутність, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні. Комплекс досліджень проводився тричі за період лікування: на час госпіталізації (перша доба), на 7 добу лікування та на 14 добу лікування.

Результати: за період перебування на лікуванні було проведено комплексне обстеження неврологічного стану тканин, що отримують іннервацію від інфраорбітального нерва станом на 14 добу. В групі порівняння інтенсивність порушення тактильної чутливості зменшилась в 1,07 рази, порушення температурної чутливості не змінилась, порушення больової чутливості зменшилась в 1,04 рази. В основній групі інтенсивність порушення тактильної чутливості зменшилась в 2,95 рази, порушення температурної чутливості зменшилась в 3,11 рази, порушення больової чутливості зменшилась в 2,55 рази. В групі порівняння площа порушення тактильної чутливості зменшилась в 1,15 рази, площа порушення температурної чутливості зменшилась в 1,16 рази, площа порушення больової чутливості зменшилась в 1,16 рази. В основній групі площа порушення тактильної чутливості зменшилась в 2,79 рази, площа порушення температурної чутливості зменшилась в 2,92 рази, площа порушення больової чутливості зменшилась в 3,06 рази.

Висновки: використання препарату нуклеотидів значно зменшує больовий синдром та повністю нівелює алодинії (спотворені болі). Даний препарат значно зменшує інтенсивність проявів всіх видів порушення чутливості в зоні іннервації інфраорбітального нерва. Наряду зі

зменшенням інтенсивності, при використанні препарату нуклеотидів значно прискорюється зменшення площі порушення чутливості.

В.О. Сандул, О.О.Негода

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ЩУРЯТ, НАРОДЖЕНИХ ВІД САМОК НА ФОНІ ТРИВАЛОЇ МЕТІОНІН-ІНДУКОВАНОЇ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЇ ХОЛІНОМ І ВІТАМІНОМ D

Кафедра терапевтичної стоматології

О.І. Кутельмах (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: серед чинників розвитку ускладнень перебігу вагітності у матерів та в потомства на думку ряду авторів певну роль відіграють гіпергомоцистеїнемія і дефіцит вітаміну D, відносний дефіцит якого виникає за гіпергомоцистеїнемії (ГГЦ). Ми припускаємо, що за ГГЦ та недостатності вітаміну D в організмі матері, ці фактори накладають відбиток на появі ще у внутрішньоутробному періоді різних відхилень від норми в їхнього потомства, в тому числі в твердих тканих зубів та пародонті, які є тканинними похідними шкірної ектодерми ембріона.

Мета: оцінка стоматологічного статусу потомства народженого від самок щурів, у яких моделювалася тривала метіонінова ГГЦ та проводилася корекція ГГЦ шляхом збагачення дієти холіном і вітаміном D.

Матеріали та методи: дослідження проведено на 123 особинах щурят інфантильного і раннього ювенільного періоду, отриманих від 18 експериментальних самок, розділених на 3 групи: 1 (контрольна), 2 – ГГЦ, 3 – ГГЦ, корегована шляхом збагачення дієти холіном та вітаміном D. Прорізування зубів визначали методом візуального огляду ротової порожнини окремих тварин в кожній групі, починаючи з 30 дня життя, з інтервалом в 1 день, а з 40 дня – щоденно. Оцінку стоматологічного статусу проводили за особистими методиками.

Результати: на 30 день життя у щурят усіх груп реєструвалася наявність першого і другого постійних корінних зубів, але остаточне завершення процесу прорізування молярів відбувалося в різні терміни. В групі контролю найшвидше прорізування третього моляра було зареєстроване на 36 день від народження, в 2 групі – на 40 день, а 3 групі – на 34 день життя. В середньому наявність всіх постійних молярів реєструвалося на $39,2 \pm 1,43$ день життя в групі контролю, в 2 групі – на $43,9 \pm 1,31$ день, а в 3 групі - на $39,4 \pm 1,98$ день, причому між 2 та 1 групами щурят цей показник вважався статистично вірогідним ($p < 0,05$), а між 2 та 3 групами - реєструвався на рівні тенденції до вірогідності. Вірогідних відмінностей в ширині, товщині та висоті досліджуваних зубів у щурят усіх груп не виявлено. Ознак запального процесу в яснах, патологічної рухливості, пародонтальних кишень в ділянці корінних зубів у щурят всіх груп не спостерігалось. Атрофія альвеолярного паростку в усіх групах визначалася в межах фізіологічної норми. Наявність поверхневого каріозного процесу в зубах було зареєстровано тільки в 2 групі щурят.

Висновки: отримані нами результати свідчать, що ГГЦ та дефіцит вітаміну D в організмі вагітних самок щурів негативно впливають на кальцій-фосфорний обмін і, як наслідок, спричинюють затримку фізіологічного прорізування постійних молярів у народженого від них потомства і ранню появу каріозного процесу.

Л.О. Соцька

ВИКОРИСТАННЯ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВОГО ДОСТУПУ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ У ПАЦІЄНТІВ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Кафедра терапевтичної стоматології

Н.Г. Гаджула (к.мед.н., доц.)

Актуальність: одне з найважливіших завдань на догоспітальному етапі при невідкладних станах – забезпечення негайного введення препарату для врятування та збереження життя пацієнта від моменту виникнення критичного стану до евакуації у відділення швидкої медичної допомоги. Центральний венозний доступ, хоч і є альтернативою, потребує певних мануальних навичок, оснащення, має високий ризик ускладнень. Периферичний внутрішньовенний доступ стає утрудненим при гіповолемії пацієнта та малоефективним під час серцево-легеневої реанімації за відсутності периферичного кровообігу. Тому, в амбулаторних умовах стоматологічного прийому, все більше уваги приділяється внутрішньокістковому доступу як шляху введення рідин і медикаментозних засобів для лікування невідкладних станів при неможливості катетеризації периферичних вен.

Мета: оцінити ефективність внутрішньокісткового доступу при невідкладному стані пацієнта на стоматологічному прийомі як альтернативу внутрішньовенозному задля економії часу постановки катетера та прискорення потрапляння препарату у кров'яне русло.

Матеріали та методи: для створення внутрішньокісткового доступу необхідні дезінфікуючий засіб, шприц, голка (доступні 2 розміри – для дорослих і дітей), триходовий краник, набір для краплинної або безперервної інфузії. FAST 1 (Pyng Medical, Canada) – пристрій для безпечного та стандартизованого доступу в грудину, перевагами якого є: наявність чітких орієнтирів на анатомічній ділянці й обмеження глибини проникнення в кістку та загрудинний простір; застосування 10-голкової основи із точним визначенням положення та запобігання можливим ушкодженням; безпечно видалення голки спеціально розробленим пристроєм; низьке больове сприйняття під час встановлення (до 2-3 балів за 10-бальною шкалою ВАШ).

Результати: ефективність надання невідкладної допомоги за допомогою пристрою FAST 1 визначається тривалістю встановлення внутрішньокісткового доступу, швидкістю надходження медикаментозних засобів в центральний кровообіг, швидкістю інфузії (мл/хв), відсутністю ускладнень. Процедура встановлення стерильного доступу достатньо легка, потребує декількох занять навчання. Внутрішньокістковий доступ здійснюється за 10 секунд; швидкість надходження лікарських препаратів становить 30 секунд, швидкість введення лікарських засобів через внутрішньокістковий катетер складає в середньому 25 мл/хв, при введенні через 5 мл шприц болюсно – 10 мл/3с [О. Марчук, 2015].

Висновки: технологія внутрішньокісткового доступу для введення медикаментозних лікарських засобів є швидкою, безпечною, ефективною та достатньо простою у виконанні, тому може застосовуватись при виникненні критичних невідкладних станів у пацієнтів на амбулаторному стоматологічному прийомі.

А.О. Цвяк

ФОТОПРОТОКОЛ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ - ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ МОТИВАЦІЇ, СПІВПРАЦІ ТА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра ортопедичної стоматології

А.В. Денисюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: фотографія – важливий елемент в усіх галузях сучасної медицини і зокрема в стоматології. Вона демонструє результати роботи стоматолога, рівень і якість надання стоматологічної допомоги. По фотографіям оцінюють гармонійність будови обличчя і естетику посмішки, планують обсяг майбутнього стоматологічного лікування. Інформаційна цінність кожної фотографії залежить від можливості її порівняння з подібними фотографіями

інших пацієнтів чи даного пацієнта в динаміці. Також фотопротокол розширює можливості передачі інформації зубному техніку. Важливою перевагою використання фотографії є надання можливості пацієнту самостійно ознайомитись з його стоматологічним статусом і змотивувати на лікування та виконання усіх рекомендацій.

Мета: дослідити значимість використання дентальної фотографії для обґрунтування об'єму стоматологічного втручання та створити стандартизований набір фотографій.

Матеріали і методи: фотоапарат, об'єктив, спалах, інтраоральні дзеркала, ретрактори губ, стоматологічне крісло, тематичний пацієнт. Науковий пошук, узагальнення інформації, аналіз наукової літератури з даної теми – опрацювання наукометричних баз Google Scholar, Web of Science, PubMeds, Springer Link, Cambridge Core, Scopus, ScienceDirect, Oxford Academic, CAS за 2005-2022 роки; описовий, системний, аналітичний та порівняльний методи.

Результати: у результаті проведеної роботи було отримано фотографії пацієнта, які дозволяють зафіксувати стан зубних рядів, окремих зубів, наявних ортопедичних конструкцій, а також естетику посмішки та конфігурацію обличчя. Одним із досягнень дослідження є вироблення найбільш оптимального фотопротоколу, який виконується в певній кількості і по заданому алгоритму. Фотографії, які увійшли до розробленого фотопротоколу:

1. Фото обличчя (фронтальні, бокові, трьохчетвертні проєкції, фото з посмішкою і без). 2. Анфас (фото з посмішкою і без), напіванфас (фото з посмішкою і без). 3. Панорамні фронтальні фото виконані в двох проєкціях – з зімкнутими щелепами та розімкнутими на 2-3 мм. 4. Оклюзійні фото – верхніх і нижніх зубних рядів. 5. Латеральні фото (зі сторони щоки) – правої і лівої частини зубних рядів. 6. Внутрішньоротові фото (фронтальні, бокові, трьохчетвертні проєкції, фото верхнього і нижнього зубних рядів з відкритим ротом і використання внутрішньоротових дзеркал).

Висновки: створення стандартизованого фотопротоколу скорочує час роботи лікаря, покращує якість лікування та підіймає ККД на етапах взаємодії лікар-зубний технік та лікар-пацієнт. Дентальна фотографія та створення портфоліо надає широкі можливості лікарю та пацієнту для більш ефективного діалогу як на етапі планування стоматологічного лікування, так і для демонстрації проміжних та кінцевих результатів. Шлях співпраці до відновлення стоматологічного здоров'я, коли компетентний лікар і інформований пацієнт разом приймають рішення і несуть за них відповідальність, є найперспективнішим для забезпечення довгострокового клінічного успіху.

А.Ю.Черкасенко, А.О.Мамченко

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ВЕКТОР-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Г.М.Побережна (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: на сьогодні ураження тканин пародонту є широко розповсюдженими як у світі, так і в Україні. Серед усіх стоматологічних захворювань вони посідають друге місце після карієсу, некаріозних уражень і захворювань ендодонту. Проблема ускладнюється ще й тим, що стоматологічні пацієнти звертаються за пародонтологічною допомогою вже при наявності розвинутих форм пародонтитів (генералізований пародонтит I, II та III ступеню важкості). Така патологія потребує ретельної діагностики, комплексних методів лікування та застосування хірургічних методів.

Мета: дослідити ефективність лікування генералізованого пародонтиту системою «Vector» порівняно з методами закритого та відкритого кюретажу.

Матеріали та методи: пошук, вивчення та аналіз вітчизняних наукових джерел та періодичних видань на дану тему.

Результати дослідження: у комплексній терапії генералізованого пародонтиту I та II ступенів важкості при глибині пародонтальних кишень до 5 мм хірургічні методи лікування можна замінити системою «Vector», яка, за даними багатьох авторів, показує кращу ефективність, ніж методи закритого та відкритого кюретажу. Апарат «Vector» має в своєму арсеналі різноманітні насадки, які дозволяють максимально обробити різні поверхні твердих тканин зубів, внутрішньокісткові кишень, зони фуркацій. Завдяки покращеній технології інструмента попереджується механічне пошкодження зуба та навколишніх м'яких тканин. Під час лікування больові відчуття мінімальні, зменшується вплив вібрації та мінімізується травматизація тканин. Застосування вектор-терапії сприяє швидкому зменшенню пародонтальних кишень та відновленню зубоясенного прикріплення.

Висновки: отримані та проаналізовані дані показали, що апарат «Vector» є більш щадним та ефективним методом лікування, ніж методи кюретажу. Враховуючи мінімальну травматизацію процедури ми можемо рекомендувати даний метод для лікування пародонтологічних пацієнтів зі складним соматичним анамнезом.

О.О.Ямковий, В.С.Поліщук, А.І.Даліщук, О.О.Поліщук

ВПЛИВ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ ЩЕЛЕП НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ МІСЦЕВИХ ОЗНАК ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ЗУБНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

В.С. Поліщук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: в останні роки збільшується потреба використання в практичній стоматології незнімних зубних протезів. Зубна імплантація надає можливість відновити зубний ряд незнімною конструкцією. Функціонування зубо-щелепової системи без препарування та депульпування зубів, а також без використання знімних конструкцій дозволяє пацієнту покращити соціальну адаптацію та почуватися краще. При проведенні зубної імплантації важливим моментом є мінеральна щільність нижньої та верхньої щелепи. Адже мінеральна щільність щелеп є відображення тих процесів, що відбуваються в кістковій системі.

Мета: дослідити місцеві прояви показників запалення з різною мінеральною щільністю щелеп при зубній імплантації.

Матеріали та методи: у процесі роботи було обстежено 19 хворих, яким було встановлено дентальні імплантати. Вік пацієнтів склав від 19 до 42 років. Досліджуваних пацієнтів було поділено на 2 групи: перша – контрольна (11 пацієнтів) – мінеральна щільність була в межах 800 та вище одиниць Хаусфілда; друга – дослідна (8 пацієнтів) включала пацієнтів, які мали мінеральну щільність до 800 одиниць Хаунсфілда. Кількість чоловіків та жінок складала рівну кількість по групах. Усім пацієнтам проведені клінічні дослідження прояву місцевого статусу в ділянці оперативного втручання на 3, 7, 10 добу: біль, набряк, гіперемія. При цьому 1 бал свідчив про відсутність ознаки, 2 – незначно виражена, 3 – виражена, 4 – значно виражена.

Результати: в першій групі дослідження клінічні місцеві показники запалення мали достовірно кращу динаміку. У пацієнтів другої групи, з мінеральною щільністю нижньої та верхньої щелеп нижче 800 одиниць Хаусфілда, прояв місцевих ознак запалення має достовірно гіршу динаміку. На третій день прояв гіперемії, болі та інфільтрації в першій групі дослідження знаходилася на рівні вираженого прояву ознаки ($3,08 \pm 0,14$ од), а в другій групі дослідження – посередній рівень між вираженим та значно вираженим рівне прояву ($3,60 \pm 0,12$

од). На сьомий день прояв гіперемії, болі та інфільтрації при нормальній мінеральній щільності щелеп знаходилася на посередньому рівні вираженого прояву ознаки ($2,42 \pm 0,13$ од), а в другій групі дослідження – рівень вираженого прояву ($3,11 \pm 0,12$ од). На десятий день прояв гіперемії, болі та інфільтрації в першій групі знаходилася на посередньому рівні незначно вираженого та відсутнього прояву ознаки ($1,63 \pm 0,15$ од), а в другій групі дослідження – посередній рівень між вираженим та незначно вираженим проявом ($2,53 \pm 0,14$ од).

Висновки: при низькій мінеральній щільності кісткової системи щелеп місцеві клінічні прояви ознак запалення більш виражені та триваліші, що показує необхідність діагностувати супутню патологію, яка може бути причиною остеопенії. Ускладнене післяопераційне загоєння ран після зубної імплантації, може негативно впливати на приживлення зубних імплантатів та потребує корекції.

***ФАРМАЦІЯ ТА
ФАРМАКОЛОГІЯ***



***PHARMACY AND
PHARMACOLOGY***

В.О. Артеменко
**ПОТОЧНІ ПРОБЛЕМИ ПОСТКОЇТАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ — ПОРІВНЯЛЬНА
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТІВ**

Кафедра фармакології

О.І. Альчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький медичний національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: екстрена контрацепція (ЕК) застосовується для запобігання вагітності після коїтального акту (КА), незахищеного належним чином регулярним методом контрацепції. На відміну від раннього медикаментозного аборт, ЕК перешкоджає початку вагітності і не порушує встановлену. Це пам'ятка для кожної жінки на випадок крайньої необхідності (дефект бар'єрних контрацептивів, згвалтування, нерегулярність застосування ЕК й ін), «план Б», яким, зокрема і через існування стереотипів, нав'язаних суспільством і страхом віддалених наслідків, нехтує багато жінок.

Мета: дати загальну характеристику та порівняти ефективність препаратів ЕК.

Матеріали та методи: мета-аналіз 42 клінічних досліджень, ретроспективний аналіз відомостей наукових баз даних PubMed, Elsevier.

Результати: методи ЕК включають мідьвмісні внутрішньоматкові контрацептиви (ВМС) і таблетки для ЕК (ТЕК): левоноргестрел (ЛНГ), уліпристала ацетат (УПА), комбіновані оральні контрацептиви (КОК) та міфепристон (МП). ВМС на сьогодні є найбільш ефективним варіантом ЕК, частинки міді змінюють хімічний склад цервікальної рідини й ендометрію, блокують рух сперматозоїдів і запобігають імплантації заплідненої яйцеклітини. Частота епізодів вагітності (ЧЕВ) після введення мідної ВМС становить < 0,1%, жінка, в середньому 3-5 років (до 12 років), має безпечну високоєфективну оборотну поточну контрацепцію. Найбільш популярним методом ТЕК, на сьогодні, є вживання ЛНГ (прогестину 2-го покоління), що в дозах 0,75 мг (2 таб. з інтервалом 12 год) або 1,5 мг одноразово, призводить до блокування овуляції, значно знижуючи вироблення лютеїнізуючого гормону (ЛГ) і запліднення, якщо КА відбувся в преовуляторній фазі менструального циклу. ЧЕВ при застосуванні ЛНГ складає 0,6-3,1%. Негормональний ЕК УПА — синтетичний селективний модулятор прогестеронових рецепторів, інгібує овуляцію шляхом супресії викиду ЛГ та затримує розрив фолікула (до 5 днів), навіть, якщо рівень ЛГ почав зростати; ЧЕВ становить 0,9-2,1%. Окрім того інтервал ефективності УПА, становить 120 год, у той час як ЛНГ, КОК ефективні у перших 72 год, що обумовлено неефективністю ЛНГ і КОК після початку сплеску ЛГ. КОК, які містять етинілестрадіол і ЛНГ, і приймаються за схемою 2 таб. з інтервалом 12 год, виявилися найменш ефективними ЕК: ЧЕВ зростає до 3,5%. Ще одним негормональним ТЕК є стероїдний препарат МФ, що блокує дію прогестерону на рівні рецепторів, у середніх і малих дозах попереджає овуляцію й запобігає імплантації заплідненої яйцеклітини. ЧЕВ МФ складає 0,7-2,5%, що достовірно менше, ніж у ЛНГ, і характеризує МФ як достатньо ефективний ТЕК.

Висновки: незважаючи на те, що сучасний світ дає можливість жінкам отримувати ТЕК безпосередньо з аптеки без попередньої консультації з клініцистом, є гостра необхідність проводити просвітницькі кампанії щодо наявності декількох варіантів ефективною ЕК, їх епізодичного вживання по строго узгодженій схемі й завчасності використання (до 120 год після КА для УПА), при найбільш рекомендованому періоді прийому в 72 год.

Бескровна Ю.С., Гуляєв В.Ю.

РОЛЬ СЕЛЕКТИВНИХ ІНГІБІТОРІВ ЗВОРОТНЬОГО ЗАХОПЛЕННЯ СЕРОТОНІНУ В ЛІКУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Кафедра фармакології

С.В. Біговщиць (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними ВООЗ, поширеність депресивного розладу серед дітей дошкільного віку становить приблизно 1%, 2% серед дітей шкільного віку та 5-8 % серед підлітків. Поширеність депресії зростає в наступних поколіннях дітей, починаючи з раннього віку, тому пошук дієвого лікування залишається одним із важливих завдань сучасної медицини.

Мета: провести аналіз даних літератури щодо використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) у лікуванні психічних розладів у дітей та підлітків, включаючи їхню безпечність, ефективність та потенційні побічні ефекти.

Методи та матеріали: огляд та аналіз наукових публікацій та статей із зарубіжних джерел (WHO, PubMed, NCBI, The Journal of Clinical Psychiatry) та дані дослідних робіт науковців (Weissman M.M., Lim G.Y.).

Результати: існують докази того, що СІЗЗС ефективні для лікування дитячих та підліткових тривожних розладів, депресій, обсесивно-компульсивних розладів, нервових булімій. Дослідження включали використання флуоксетину, амітриптиліну, циталопраму, кломіпраміну, дезипраміну, дулоксетину, есциталопраму, імпраміну. Флуоксетин показав статистично значущі відмінності з плацебо та був кращим за переносимістю. Тому флуоксетин - найкращий варіант при лікуванні помірної та тяжкої депресії у дітей та підлітків, коли вони не мають доступу до психотерапії або не відповідають на нефармакологічні втручання. Крім того, флуоксетин має довший період напіврозпаду, ніж інші антидепресанти, що робить його ефективнішим у ситуаціях, коли пацієнти, пропускають дози і призводить до меншого ризику симптомів відміни після припинення прийому. Для розвитку максимального лікувального ефекту антидепресантів необхідно від трьох до восьми тижнів. Після зникнення проявів розладу слід продовжувати лікування принаймні протягом шести місяців. Оскільки СІЗЗС діють шляхом блокування транспортера серотоніну, підвищуючи позаклітинні рівні серотоніну, вони можуть призвести до серотонінового синдрому. Більшість побічних ефектів СІЗЗС залежать від дози і пов'язані з серотонінергічними ефектами. Найпоширенішими побічними ефектами є нудота, шкірні реакції, розвиток сексуальної дисфункції, підвищення апетиту, діарея, безсоння, тремор, головний біль і запаморочення. У 2004 році FDA повідомило, про підвищення ризику появи суїцидального мислення та поведінки у підлітків при лікуванні антидепресантами, різниця в ризику між підлітками з групи лікування та підлітками з групи контролю становить 0.7%.

Висновки: вибір препаратів з групи антидепресантів та режим їх призначення у дитячому і підлітковому віці повинен ґрунтуватися на глибокому розумінні психологічного стану дитини, сім'ї, соціального контексту, врахуванні розвитку можливих побічних ефектів.

О.В. Беда, Ю.Ю. Запарнюк, К.В. Мельник
ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА КОНТРОЛЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
Т. М. Маслоїд (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: бронхіальна астма є серйозною проблемою охорони здоров'я у світі, оскільки вражає всі вікові групи населення, та пов'язана з надмірною захворюваністю, що зростає з кожним роком, смертністю, стійкою втратою працездатності, що призводить до значних економічних витрат. Не дивлячись на численні дослідження з оцінкою патогенетичних механізмів виникнення БА, розробку профілактичних заходів, впровадження нових методів лікування, продовжує зростати кількість хворих. Багато пацієнтів потребують щоденного застосування препаратів для контролювання симптомів хвороби та запобіганню приступів, тому підбір правильної комбінації препаратів чи монотерапія забезпечать якісний контроль БА.

Мета: дослідити переваги та недоліки комбінації монтелукасту та симбікортру як варіант лікування обох компонентів бронхіальної астми: бронхообструкції та запалення задля забезпечення більшої терапевтичної ефективності, в порівнянні з монотерапією симбікортром та надати нові рекомендації щодо клінічного лікування у хворих з середнього ступеня важкості, персистоючою, неконтрольованою бронхіальною астмою.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій і статей з використанням міжнародних наукових баз Pubmed, Scopus, Medscape, що висвітлюють основні аспекти даного захворювання та використання як комбінації монтелукасту та симбікортру, так монотерапії симбікортру, аналіз клінічних випадків, матеріали власних попередніх досліджень: було використано опитувальник ВООЗ та проведено анкетування 40 хворих на бронхіальну астму віком від 32 до 75 років, серед яких 18 жінок і 22 чоловіки, у першу групу, що приймала комбінацію монтелукасту та симбікортру, входило 20 чоловік, а у другу групу, що приймала симбікорт, також входило 20 чоловік. Оцінено середній показник денних та нічних симптомів, кількість еозинофілів у крові та рівень ОФВ1. Виконано статистичну обробку отриманих результатів за допомогою MS Excel.

Результати: статистика дослідження, проведена серед 40 анкетувальників, демонструє, що середній показник денних та нічних симптомів зменшився на 20,7% при використанні комбінації монтелукаста та симбікортру після лікування протягом 4 тижнів в порівнянні з використанням лише симбікортру, який зменшував на 8,1%. Крім того, при використанні комбінації препаратів знизився відсоток еозинофілів у крові до норми, а ОФВ1 збільшився на 25,1% , в порівнянні з монотерапією симбікортром, який незначно знижував кількість еозинофілів у крові та підвищував ОФВ1 на 10, 6%.

Висновки: проаналізувавши дані про вплив монотерапії монтелукастом та комбінацію монтелукасту з симбікортром на контроль бронхіальної астми, слід зауважити, комбінація монтелукасту та симбікортру знижує середні показники денних та нічних симптомів на 20,7% та відсоток еозинофілів у крові до норми, а рівень ОФВ1 збільшується на 25,1% в порівнянні з монотерапією симбікортром, що свідчить про ефективність проведеного лікування та значне покращення стану хворих.

Н.В. Бідзіля
**ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИПАРКІНСОНІЧНИХ ЗАСОБІВ У
ВИГЛЯДІ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра фармації

М.А. Артемчук (к.мед.н., доц.), О.М. Семененко (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: хвороба Паркінсона одне із найпоширеніших нейродегенеративних захворювань нервової системи. Пов'язана з недостатністю дофаміну в організмі людини, за рахунок дегенерації дофамінергічних нейронів в компактній частині чорної речовини головного мозку, що з віком значно ускладнюється. Доведено, що в процесі старіння у людини зменшується кількість дофаміну в мозку. Однією з основних груп для корекції дефіциту дофаміну в організмі людини є ДОФА-вмісні препарати, які застосовуються перорально у вигляді твердої ЛФ. Недоліками такого введення є перше проходження препарату через печінку, що не забезпечує сталої концентрації препарату в крові, а також порушення моторики ШКТ при тривалому застосуванні, на більш пізніх стадіях хвороби Паркінсона. Достатня кількість хворих і тривалий термін застосування ЛЗ вимагає створення і практичне застосування найбільш коректних за своїми властивостями лікарських форм.

Мета: дати обґрунтування переваг застосування протипаркінсонічних засобів у вигляді трансдермальної терапевтичної системи.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури та інтернет-ресурсів.

Результати: перспективним напрямком удосконалення фармакотерапії хворих паркінсонізмом являється застосування трансдермальних терапевтичних систем, одним з таких засобів являється ротиготин. Трансдермальні системи пропонують альтернативний шлях введення препарату, зменшуючи побічні реакції та покращуючи фармакокінетику в обхід ШКТ. Система дозволяє створити пролонговану дію за рахунок повільного всмоктування препарату до 24 годин, та забезпечити більш стабільний рівень препарату в плазмі уникаючи пікових концентрацій, що і спричиняє більшість побічних ефектів, та зменшити кратність застосування препарату. Додатковий побічний ефект-місцевоподразнююча дія, яка нівелюється регулярною зміною місця прикріплення такої системи. Нажаль такі системи, поки що, виготовляються лише закордонними виробниками. Імпорт і роздрібна торгівля призводить до підвищення ціни на препарат.

Висновки: отже, на основі проведеного аналізу, можна сказати, що трансдермальні системи заслуговують на увагу при виборі лікарських форм для лікування хвороби Паркінсона, так трансдермальне застосування ротиготину, при подібній ефективності з пероральними аналогами, забезпечує рівномірну дофамінову активність препарату у мінімальній терапевтичній дозі та зменшує побічні ефекти. Зручність застосування забезпечує лояльність пацієнтів до такого виду терапії. Однак з економічної точки зору ця лікарська форма є вартісною у лікуванні, так, як не виробляється вітчизняними виробниками і офіційно не поставляється в Україну. Тому вітчизняній фармакопромисловості потрібно звернути увагу на розробку ефективних, зручних ЛФ для проведення терапії.

О.О. Боровик, А.А. Паляничка, Р.Р. Фурман
**ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ ЗМІН ПСИХІЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС
ВОЄННОГО СТАНУ З РІВНЕМ СПОЖИВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
О.Ю. Крикус (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: у зв'язку з повномаштабним вторгненням більшість населення України, як і респонденти досліджуваної групи (студент ВНМУ ім. М.І.Пирогова, віком 17-26 років) зазнали шкідливий вплив стресу. Що призвело до шкоди їх психічному здоров'ю з іншими негативними наслідками, такими як: їх поява загалом, рецидив або загострення психічних розладів, включаючи тривожні та депресивні стани, неврози, порушення сну, уваги та сексуальної сфери життя. Тому, з метою поліпшення свого стану, певна кількість досліджуваних приймала різні психотропні препарати (седативні, транквілізатори, антидепресанти і нейролептики) після призначення їх лікарем або шляхом самолікування. Це дає підстави для подальших досліджень впливу зазначених речовин на респондентів.

Мета роботи: визначити ефект від споживання психотропних препаратів на психічний стан студентів, та провести порівняльну характеристику їх стану до споживання психотропних засобів і після.

Матеріали та методи: підрахунок, аналіз та узагальнення даних з попередньо проведеного онлайн-опитування студентів в соціальних мережах на рівень їх психічного здоров'я за шкалою депресії Бека та Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) за допомогою Google Forms.

Результати: опираючись на психологічні опитувальники, ми визначили що з 111 опитаних 48 (43.2%) опитаних вживають психотропні препарати. З них- 45 (40.5%) відмітили позитивний ефект, а 3 не відмічають змін (3.3%). Найбільше досліджувані починали приймати лікарські засоби шляхом самопризначення - 30 осіб (33.3%), і лише 18 опитаних (19.9%) отримали призначення лікаря. Якщо число всіх осіб, які приймали психотропні препарати позначити як 100%, то шляхом підрахунку ми встановили, що найбільш часто студенти приймають заспокійливі препарати 33 осіб з опитаних учасників (68.75%). Антидепресанти приймають 9 учасників (18.75%), транквілізатори 3 учасника (6.25%) і найменше приймають нейролептики- 3 учасника (6.25%). Відзначимо, що антидепресанти, транквілізатори і нейролептики опитані приймали за призначенням лікаря. Заспокійливі, як правило приймали шляхом самопризначення (98.89%).

Висновки: при дослідженні ми спостерігаємо, що значна частина респондентів приймає психотропні препарати та відмічає значне покращення загального психоемоційного стану. Це дає нам можливість оцінити дію різних видів психотропних препаратів на стан психічного здоров'я студентів під час воєнного стану.

А.Ю. Вербіцька, В.Р. Годлевська
**ФАБІМІЦИН ЯК МОЖЛИВИЙ ШЛЯХ ДО ПОДОЛАННЯ
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

Кафедра фармакології
Н.І. Волошук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: антибіотикорезистентність бактерій - одна з найактуальніших проблем в сучасній медицині. Як наслідок, збільшується вірогідність важкого перебігу бактеріальних інфекцій, які викликаються стійкими до антибіотиків штамми, а також їхнього поширення та

летальних наслідків. У 2017 р. був опублікований список найбільш поширених патогенних мікроорганізмів, які становлять вагому загрозу для здоров'я людини. Саме тому Всесвітня організація охорони здоров'я наголосила на вкрай важливій потребі у розробці нових препаратів, адже більшість бактерій серед даного списку - грамнегативні. **Мета:** вивчити дані літератури з питань антибіотикорезистентності та здійснити огляд розробки новітнього антибіотику Фабіміцину проаналізувати його ефективність в умовах експерименту.

Матеріали та методи: аналіз даних наукових статей у базах Google Scholar та PubMed.

Результати: за даними ВООЗ, особливу тривогу викликає глобальне поширення мульти- та панрезистентних бактерій (також відомих як «супербактерії»), які викликають інфекції, що не піддаються лікуванню за допомогою існуючих антибіотиків. Відомо, що за останні десятиліття нових антибіотиків проти грамнегативних бактерій не було створено, а старі втрачали свою дієвість, досить часто саме завдяки розвитку антибіотикорезистентності клінічних штамів мікроорганізмів. Нещодавно було синтезовано новий антибіотик Фабіміцин, спектр дії якого включає грамнегативні бактерії. За основу було взяти молекулу Debio-1452, яка є інгібітором ферменту FabI, що каталізує етап, котрий визначає швидкість бактеріального біосинтезу жирних кислот. Фабіміцин проникає через зовнішній шар клітини, а також уникає ефлюксні помпи. Це дає можливість лікарській речовині накопичуватися у клітинах-мішенях у необхідних концентраціях. Дані досліджень показали, що Фабіміцин є досить ефективним щодо понад 200 антибіотикорезистентних бактеріальних ізолятів *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*. До того ж, він впливає на стійкий до усіх відомих антибактеріальних препаратів *Acinetobacter baumannii* у низьких концентраціях. Також важливим є і той факт, що у порівнянні з Левофлоксацином, Фабіміцин дієвий у значно менших дозах. Варто зазначити, що препарат в ефективних концентраціях проникає у тканини селезінки, сечового міхура, печінки та нирок. Препарат має вузький діапазон мінімальних інгібуючих концентрацій. Перспективним є те, що Фабіміцин не виявив антибактеріальної активності серед 38 протестованих комменсальних штамів бактерій. Під час досліджень Фабіміцин вводили внутрішньовенно тричі на добу. У дослідженнях на лабораторних тваринах, Фабіміцин після внутрішньовенного введення 3 рази на добу продемонстрував високу дієвість в лікуванні пневмонії, інфекцій м'яких тканин, а також інфекцій сечовивідних шляхів, викликаних кишковою паличкою, стійкою до інших антибіотиків.

Висновки: отримані дані підтверджують важливість проблеми подолання антибіотикорезистентності в сучасній системі охорони здоров'я. Подальші дослідження Фабіміцину можуть стати підґрунтям для впровадження цього препарату в клінічну практику.

А.Ю. Вербіцька, В.Р. Годлевська

ФОСЛЕВОДОПА/ФОСКАРБІДОПА - НОВА ЛІКАРСЬКА ФОРМА ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Кафедра фармакології

Н.І. Волощук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за поширеністю хвороба Паркінсона посідає друге місце після хвороби Альцгеймера серед нейродегенеративних порушень. У світі понад 10 мільйонів людей живуть із даним прогресуючим і хронічним неврологічним розладом. З 1960-х років золотим стандартом фармакотерапії хвороби Паркінсона є Леводоба - синтетичний попередник дофаміну. Хронічна терапія даним препаратом обмежується тим, що реакція організму на

чергову дозу стає непередбачуваною. Однією з причин є швидка інактивація препарату, що значно зменшує тривалість його дії та сприяє раптовому та гострому поверненню симптомів паркінсонізму. Тому виникла гостра потреба у створенні нових та більш ефективних підходів до лікування хвороби Паркінсона.

Мета: здійснити огляд літературних джерел на нову лікарську форму препарату, що містить леводопу, проаналізувати його ефективність та безпеку в лікуванні хвороби Паркінсона.

Матеріали та методи: Збір та аналіз даних медичних наукових статей у базах Google Scholar та PubMed.

Результати: препарат АBBV – 951 є комбінацією монофосфатних проліків леводопи і карбідопи. Висококонцентрований розчин вводиться мінімально інвазивно підшкірною інфузією. Після доставки в організм фослеводопа і фоскарбідопи швидко і майже повністю метаболізуються до леводопи та карбідопи під дією лужних фосфатаз. Безперервна 24-годинна підшкірна інфузія за допомогою помпи дозволяє досягти високих стійких та стабільних терапевтичних рівнів леводопи у плазмі крові. Нова лікарська форма препарату демонструє виняткову розчинність у воді і дуже добру хімічну стабільність. На основі цих фізико-хімічних властивостей подальша доклінічна оцінка у щурів, собак і міні-свиней продемонструвала, що безперервне підшкірне введення може забезпечити концентрацію лікарського засобу, яка була б ефективною у пацієнтів із розвинутою хворобою Паркінсона. Монотерапія АBBV-951 може виявитися корисною для контролю як денних, так і нічних симптомів хвороби Паркінсона, адже значно збільшується зручність введення у порівнянні з доступними терапевтичними альтернативами. Варто відмітити, що зникає необхідність переривання сну для пацієнтів, які приймають перорально леводопу вночі. Пізніше було проведено активне контрольоване дослідження за участі 270 пацієнтів з прогресуючою хворобою Паркінсона. Після підшкірної інфузії стабільний фармакокінетичний профіль зберігався протягом ≤ 72 годин, й інфузія добре переносилася хворими. Найчастішими побічними явищами в групі фослеводопи-фоскарбідопи були побічні явища у місці інфузії - еритема, біль, целюліт і набряк, більшість з яких були несерйозними та були легкого та середнього ступеня тяжкості. Завдяки безперервного та стійкого потоку леводопи значно знижуються рухові коливання. Це покращує можливості лікарів контролювати ускладнення, що виникають при постійному використанні леводопи.

Висновки: отже, новий шлях введення препарату забезпечує покращення моторних флуктуацій, має сприятливий профіль користі й ризику та є потенційною нехірургічною альтернативою для пацієнтів із прогресуючою хворобою Паркінсона.

А. О. Вітюхіна, М. І. Дяченко

БЛОКАТОРИ АНГІОТЕНЗИНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ ЯК АД'ЮВАНТИ В ЛІКУВАННІ ОНКОПАТОЛОГІЇ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: блокатори ангіотензинових рецепторів (БАР) - відома група препаратів, яка використовується для лікування артеріальної гіпертензії (АГ) та інших захворювань серцево-судинної системи. В останні роки з'являються статті, присвячені результатам їх використання

в комплексному лікуванні онкологічних процесів для зниження злоякісного потенціалу ракових клітин і регуляції імунної відповіді на патологічний процес.

Мета: на основі літературних даних дослідити вплив БАР на онкогенез.

Матеріали та методи: аналіз медичної та наукової літератури з даної тематики з ресурсів PubMed, MedScare, Scopus.

Результати: згідно традиційних уявлень, БАР притаманна здатність викликати онкологічні процеси в організмі. Проте вже доведено, що ця дія властива переважно генеричним засобам, тоді як тривале застосування оригінальних (брендових) препаратів не виявляє зв'язку між розвитком пухлин та їх застосуванням. Це пояснюють тим, що генерики в своєму складі містять N-нітрозодиметиламін та N-нітрозодиетиламін, для яких підтверджений канцерогенний ефект. Наразі виробникам рекомендовано мінімізувати кількість зазначених сполук у препаратах. Лише за цих умов вони будуть дозволені до використання.

Наразі з'являється все більше підтверджень антионкогенного впливу БАР. Показано, що серед пацієнтів з АГ які приймали БАР (лозартан, валсартан, телмісартан, кандесартан), кількість новоутворень була вірогідно менша, ніж в контрольній групі. Протипухлинний ефект пов'язують з їх здатністю блокувати ангіотензинові рецептори, що в свою чергу нівелює здатність ангіотензину II активувати синтез трансформуючого фактору росту TGF- β , фактору некрозу пухлин- α , активність ядерного фактора NF- κ B, ендотеліну, інтерлейкіну 6 – потужних факторів канцерогенезу. В своєму дослідженні Janet E. Murphy et al. (2019) продемонстрували, що включення лозартану в протипухлинну терапію аденокарциноми підшлункової залози статистично вірогідно збільшувало виживаність хворих. Механізм позитивного ефекту препарату автори пояснюють окрім вищезазначеного також тим, що інгібуючий вплив лозартану на РААС сприяє полегшенню доставки цитотоксичної хіміотерапії до пухлини шляхом збільшення перфузії перипухлинної ділянки. Daniel P. Regan et al., (2022) в експериментах на мишах та собаках показали, що додавання лозартану до протипухлинної терапії остеосаркоми пригнічувало метастазування шляхом блокування переходу моноцитів в асоційовані з метастазами макрофаги, які відіграють важливу роль у метастазуванні через посилення екстравазації пухлинних клітин, стимуляції їх росту та ангіогенезу. На їх думку це пов'язано із здатністю препарату блокувати рецептор хемокіну CCR2 та його ліганд CCL2 – важливі складові метастатичного каскаду. Також автори у зв'язку з встановленим механізмом дії пропонують використовувати лозартан в якості імунотерапії, спрямованої на моноцити, та як потенційного антибіотика.

Висновки: таким чином, подальше і більш детальне дослідження зазначених властивостей БАР буде сприяти розширенню спектру їх застосування та збільшенню можливостей протипухлинної терапії.

I. I. Волков

ШТУЧНІ НЕЙРОННІ МЕРЕЖІ ЯК ЗАСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ІНФАРКТУ МІОКАРДУ НА ЗАПИСАХ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМ

Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини

I. I. Князькова (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: концепція нейронних мереж зробила значний внесок у розвиток штучного інтелекту. Ці системи можуть навчатись на прикладах та генерувати узагальнені висновки.

Вони можуть створювати повні патерни із неповних, часткових або зашумлених даних. Крім того, вони здатні до паралельної обробки інформації з високою швидкістю.

В даний час нейронні мережі активно розвиваються. Дослідження спрямовані на створення «розумних текстових помічників», обробку та генерацію зображень. У медицині нейронні мережі можуть бути використані для аналізу зображень, що отримані з різних діагностичних методів, таких як кардіограми, комп'ютерна томографія, ехографія тощо. Нейромережі навчаються на прикладах і не потребують детальної інформації про те, як саме виявляти захворювання. Суть навчання нейронних мереж полягає в пошуку закономірностей, які поєднують патології.

ЕКГ в 12 відведеннях - це найпоширеніший метод діагностики стану серця, його часто виконують в невідкладних випадках, де відсутність фахівців може ускладнити інтерпретацію результатів. Використання сучасних алгоритмів розпізнавання патологій може збільшити точність діагностики, особливо в разі таких критичних станів, як інфаркт міокарда.

Мета: аналіз останніх наукових праць стосовно створення нейронних мереж для виявлення інфаркту міокарду на ЕКГ записих.

Матеріали та методи: було здійснено пошук доступних електронних статей у системі Pubmed за період з 2020 по 2022 рік. Було ідентифіковано 7 статей потрібної теми. Загалом всі дослідники використали для навчання нейронних мереж 2886 пацієнтів. Записи ЕКГ були відібрані з баз даних PhysioBank, деякі дослідники використовували локальні бази даних. Були застосовані різні алгоритми побудови нейромереж – CNN, DLM, MBF-LANN, ML-ResNet, ECGNet, MFB-CBRNN, Densenet. Для навчання нейронної мережі були використані записи ЕКГ з різною локалізацією ІМ – передньо-перетинковим, нижнім, нижньо-латеральним, нижньо-заднім, нижньо-заднім латеральним, бічним, заднім, заднім бічним. Дослідниками оцінювалась точність виявлення та локалізації інфаркту міокарду.

Результати: встановлено, що головною перевагою нейромереж є їх здатність до навчання на прикладах і можливість робити узагальнені висновки. Точність виявлення ІМ знаходилась в межах від 93,08% до 99,92% в залежності від налаштувань та використаної методики побудови нейронної мережі. Точність локалізації ІМ в одному з досліджень була низькою - 69,27% (дослідження Uchiyama, R.; Okada, Y.; Kakizaki, R.; Tomioka, S.), в інших цей показник знаходився в межах від 99,28 до 99,72%. В той же час автори звернули увагу, що для більшості алгоритмів слід готувати кардіограми спеціальним чином, щоб система могла коректно навчатися. Недоліком є неможливість визначити точну послідовність дій при прийнятті рішення про наявність патології.

Висновки: таким чином, результати проведеного аналізу свідчать про високу точність виявлення інфаркту міокарду на ЕКГ, при цьому деякі методи недостатньо чітко локалізують вогнище ураження.

О.В. Горбенко
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ АКНЕ РЕТИНОЇДАМИ
Кафедра фармакології
Н.І. Волощук (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: вугрова хвороба – дерматологічна проблема, на яку страждає 9,4% всього людства, що характеризується гіперпродукцією шкірного сала, порушеннями процесів фолікулярної кератинізації, колонізацією *Propionibacterium acnes* та запаленням. Акне є

актуальним питанням для медицини, в тому числі й в Україні. Саме тому для лікування широко розповсюдженої хвороби акне застосовують системні ретиноїди.

Мета: аналіз використання ретиноїдів, а саме препарату «Роаккутан» у дерматологічній практиці.

Матеріали та методи: публікацій наукових статей у базах Google Scholar та PubMed.

Результати: перебіг і розвиток акне зумовлений відхиленням від норми співвідношення андрогенів та естрогенів в організмі пацієнта. Андрогени і прогестерон сприяють появі вугрів, а естрогени гальмують їх виникнення. Однією з найбільш ефективних груп лікарських препаратів для терапії акне є системні ретиноїди. Ці речовини спроможні викликати специфічні біологічні відповіді в результаті зв'язування і активації рецепторів ретиноєвої кислоти. Ретиноєва кислота – активна форма вітаміну А, її трансформація, а саме третиноїн виявилась дієвою при багатьох дерматозах. Роаккутан – антибіотик, синтезований на основі ізомеру третиноїну – ізотретиноїну, він впливає на основні етіологічні фактори, причетні до появи акне. Ефективність препарату зумовлена здатністю знижувати синтез шкірного сала, яке є головним субстратом для розмноження *Propionibacterium acnes* та нормалізацією утворення клітин епітелію. На відміну від третиноїну, ізотретиноїн не зв'язується з клітинними ретинол-зв'язуючими білками або ядерними рецепторами ретиноєвої кислоти, але може діяти як проліки, які внутрішньоклітинно перетворюються на метаболіти - агоністи ядерних рецепторів ретиноєвої кислоти. Також була встановлена протизапальна дія ізотретиноїну на шкіру. Результативність Роаккутану полягає в тому, що він пригнічує розмноження себоцитів та діє на акне, поновлюючи нормальний процес проліферації епітеліальних клітин. Роаккутан має низку побічних ефектів, але більшість з них передбачувані та рідко заважають лікуванню пацієнтів. Серед них слід виділити тератогенність - одну із найсерйозніших побічних дій. В період вагітності приймати препарат протипоказано, оскільки 50% вагітностей перериваються спонтанно, близько половини немовлят народжуються з вадами серцево-судинної або опорно-рухової систем. Зміни настрою, депресія, є поширеними побічними ефектами серед підлітків. Побічні ефекти з боку шкірно-слизової оболонки залежать від дози, і зазвичай їх можна контролювати регулярним використанням зволожуючих засобів. Іноді виникають ретиноїдний дерматит, ретиноїдний хейліт або кон'юнктивіт, які часто ускладнюються приєднанням вторинної інфекції *S. aureus*.

Висновки: Ізотретиноїн є препаратом вибору для лікування вугрової хвороби у різних випадках клінічного перебігу. Препарат ізотретиноїну «Роаккутан» виявляє високу терапевтичну ефективність і добру переносимість хворими на вугрову хворобу, що вказує на доцільність широкого запровадження його в терапію при лікуванні акне.

М.В. Григоренко, С.Г. Григоренко
**ВПЛИВ НЕАНТИБІОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПОШИРЕННЯ
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ**

Кафедра фармакології

А.В. Саєнко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: найактуальнішою проблемою медицини на сьогодні є невпинне поширення антибіотикорезистентності у бактерій. Це явище напряму пов'язане з підвищенням захворюваності, смертності, тривалістю перебування у стаціонарі і витратами на охорону здоров'я. Хоча основною причиною виникнення антибіотикорезистентності вважають нераціональне використання антибіотиків, наразі стало відомо, що деякі неантибіотичні препарати також роблять свій внесок в цей процес. На долю антибіотиків припадає всього

4,6% ринку препаратів, тому вплив неантибіотичних препаратів на формування резистентності у бактерій не можна недооцінювати.

Мета: аналіз літератури щодо впливу неантибіотичних препаратів на поширення антибіотикорезистентності мікробіому людини та можливих механізмів її виникнення.

Методи та матеріали: аналіз публікацій наукових видань та медичних статей (PubMed, WoS та Scopus).

Результати: вченими було з'ясовано, що широко використовувані лікарські засоби таких груп як антидепресанти (сертралін, флуоксетин, бупропіон), нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, диклофенак, напроксен), анксиолітики (діазепам), гіполіпідемічні засоби (гемфіброзил) та β -адреноблокатори (пропранолол) можуть сприяти поширенню антибіотикорезистентності. Серед основних механізмів виникнення виділяють епігенетичні та геноміні фактори. Так, ці препарати сприяють утворення внутрішньоклітинних активних форм кисню, які викликають захисну реакцію бактерій на оксидативний стрес: індукується експресія ефлюксоної помпи множинного відтоку ліків, що прямо корелює зі стійкістю до антибіотиків. Геномний механізм включає значне пришвидшення горизонтальної передачі генів резистентності шляхом плазмідно-опосередкованої кон'югації. Розвиток резистентності є дозозалежним, оскільки зниження концентрації діючої речовини препарату подовжує час виникнення антибіотикорезистентності. Для деяких препаратів терапевтичної дози достатньо для виникнення резистентності у бактерій, для деяких – необхідні високі дози. Окремі лікарські засоби в терапевтичних дозах можуть викликати резистентність до багатьох антибіотиків навіть після короткої експозиції дії.

Висновки: деякі фармакологічні препарати, що широко застосовуються у медичній сфері, можуть сприяти виникненню антибіотикорезистентності. Це є вагомою підставою для подальших досліджень взаємодій неантибіотичних лікарських засобів із мікробіомом людини, розглядаючи нові варіанти контролю побічних ефектів, а також розширюючи наші уявлення про феномен антибіотикорезистентності. Також необхідно оцінити можливі екологічні наслідки від потрапляння цих лікарських засобів в навколишнє середовище, з точки зору їх здатності формувати резистентність до антибіотиків серед бактерій.

К.В. Демакіна, В.В. Смолій

МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ В ДЕРМАТОЛОГІЇ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: пробіотики визначаються як «живі мікроорганізми, які при введенні в адекватних кількостях приносять користь здоров'ю господаря». В останні роки зростає інтерес до можливості не лише ентерального, а й місцевого застосування пробіотичних засобів в терапії дерматологічних захворювань, що може стати гарним доповненням класичних схем їх лікування.

Мета: висвітлити можливості топічної корекції дисбіозу шкіри людини з використанням пробіотичних препаратів та перспективи цього напрямку медицини.

Матеріали та методи дослідження: публікації з даної тематики в українській та іноземній літературі.

Результати: на шкірі присутні як непатогенні, так і умовно патогенні бактерії. Під впливом патогенних факторів відбувається зсув цієї рівноваги у бік умовно-патогенної флори з наступним розвитком захворювань, для лікування яких ентерально застосовують пробіотики, оскільки відомо, що нормальна мікрофлора кишечника визначає здоровий стан шкіри. В склад

цих препаратів входять наступні мікроорганізми: *Escherichia coli* - Біфікол, Колібактерин; *Bacillus subtilis* - Бактисубтіл, Біоспорин; *Saccharomyces boulardii* – Ентерол, Буларді плюс МОС; *Streptococcus thermophilus* - Йогулакт, Ріофлора; *Enterococci faecium*, *E.salivarius* - Лінекс, Бактиспорин. Проте є все більше повідомлень про ефективність топічної нашкірної «бактеріальної терапії» в якості додаткового лікування. Так, доведена її ефективність при вугровій хворобі, екземі, псоріазі. Безпосереднє нанесення пробіотика на шкіру покращує перебіг і навіть запобігає розацеа. Доведена ефективність про біотичних засобів в якості допоміжного засобу при лікуванні atopічного дерматиту, в розвитку якого суттєва роль відводиться *S.aureus*. Застосування цих препаратів сприяє більш швидкому загоєнню ран. Є позитивні результати в лікуванні алергічного контактного дерматиту. Деякі дослідники підкреслюють, що ці препарати дають позитивний результат не лише шляхом конкурентного пригнічення росту і розмноження патогенної флори, а і через протизапальну та імуномодулюючу дію. Це також дозволяє зменшити кількість основних препаратів лікування, наприклад, глюкокортикоїдів. Пробіотики виявляють не лише терапевтичний, а й профілактичний вплив на шкіру - запобігають ранньому старінню, шкідливому впливу ультрафіолету. Цікавим є дослідження їх застосування у боротьбі з віковими змінами, оскільки ці бактерії, з одного боку, мають антиоксидантні властивості та зменшують кількість вільних радикалів, з іншого боку сприяють синтезу колагену, допомагають затримувати вологу в шкірі.

Висновки: отже, пробіотична бактеріотерапія має великий потенціал у профілактиці та лікуванні шкірних захворювань («бактеріальна трансплантація шкіри»), включаючи екзему, atopічний дерматит, акне та алергічне запалення, пошкодження шкіри, викликаного ультрафіолетом, а також як косметичний продукт.

А.М. Дуник, П.В. Далекий, А.М. Ошарова
ДОСТАРЛІМАБ: ЗРОСТАННЯ НАДІЇ В ЛІКУВАННІ РАКУ
Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
К.В. Півторак (д.м.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: рак залишається однією з найбільш смертоносних хвороб, з якими коли-небудь стикалося людство, і, незважаючи на багаторічні дослідження в цій галузі, він все ще є основною проблемою охорони здоров'я, що є причиною понад 10 мільйонів смертей на рік. Проти раку було розроблено кілька форм лікування, включаючи хіміотерапію, променеву терапію, хірургію та імунотерапію. Імунотерапія є найновішою галуззю досліджень та спрямована на відновлення імунної системи, яка була пригнічена пухлинними клітинами різними способами. Сьогодні імунотерапія на основі моноклональних антитіл (мАТ) вважається важливою частиною лікування раку поряд з іншими методами.

Мета: проаналізувати дані світової та вітчизняної літератури щодо ефективності використання новітнього препарату з класу мАТ – Достарлімабу та оцінити його перспективи у лікуванні онкології.

Матеріали і методи: ретроспективний огляд медичної літератури та інформаційна обробка вітчизняних та іноземних онлайн-джерел National library of medicine та Pubmed.

Результати: Достарлімаб — це людське рекомбінантне моноклональне антитіло IgG4 до рецептора програмованої клітинної смерті 1 (PD-1) і є інгібітором контрольних точок. Як правило, будь-яке вторгнення патогенів або відсутність відповіді на певні стимули в організмі людини вмикає Т-клітину, змушуючи імунну захисну систему реагувати проти них. На поверхні цих Т-клітин є білки, які називаються білками імунної контрольної точки. Більшість ракових клітин надмірно експресують певні білки, які інактивують Т-клітини. Таким чином, ракові клітини «вимикають» кнопку імунної відповіді Т-клітин, щоб вони більше не могли виявляти та пригнічувати ракові клітини. PD-1 є важливим білком, який експресується на

активованих Т- і В-клітинах і макрофагах. Зв'язування моноклонального антитіла з рецептором PD-1 запобігає приєднанню ліганду та активації запрограмованих шляхів загибелі клітин, таким чином дозволяючи продовжувати активацію та проліферацію Т-клітин. У попередніх клінічних дослідженнях терапія достарлімабом призвела до об'єктивної відповіді у 42% пацієнтів із поширеною або рецидивною карциномою ендометрію. Достарлімаб отримав прискорене схвалення для використання при карциномі ендометрія в США у 2021 році. Він знаходиться на стадії оцінки багатьох інших видів раку, включаючи карциному шийки матки, яєчників, молочної залози, печінки, підшлункової залози і колоректальну карциному. Клінічне випробування препарату проводилося на підгрупі з 12 пацієнтів з колоректальним раком із дефіцитом репарації невідповідності. Такі пухлини не реагують на променеви терапію або хіміотерапію. Тим не менш, всі 12 пацієнтів були повністю вилікувані, що свідчить про те, що імунотерапія може стати важливою віхою в історії лікування раку.

Висновки: Достарлімаб випробовують для різних видів раку, але нещодавно він продемонстрував позитивні результати та повну ремісію вперше в історії, і тому привернув інтерес клініцистів, онкологів, та дослідників. Універсальність антитіл як терапевтичної платформи призвела до розробки нових стратегій лікування раку, які змінять спосіб лікування раку в майбутньому.

С. А. Зароднюк

ВИКОРИСТАННЯ НАРКОЗНИХ ЗАСОБІВ В ЯКОСТІ ЗНЕБОЛЮЮЧИХ

Кафедра фармакології

О. М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: проблема лікування болю залишається актуальною уже багато років і пошуки її вирішення спрямовуються в двох основних напрямках: створення нових лікарських засобів або розширення арсеналу, так званої, ад'ювантної терапії – застосування неаналгетиків з анальгетичною метою. В якості останніх розглядають препарати з групи наркозних засобів.

Мета: дослідити можливість застосування наркозних засобів як препаратів для лікування больового синдрому.

Матеріали та методи: провести аналіз наукових статей та інтернет-ресурсів з зазначеної тематики.

Результати: засоби для наркозу - це лікарські засоби, які використовуються для проведення оперативних втручань. Проте деякі з них в субнаркозних дозах виявляють анальгезуючу дію. Класичним прикладом є закис азоту, який використовується в стоматології, при інфаркті міокарда, при гострому панкреатиті та інш. Проте його застосування вимагає спеціального обладнання. На сьогоднішній день більш зручним у використанні в якості анальгетика розглядають неінгаляційний наркозний засіб кетамін. Механізм його дії пов'язаний з антагонізмом до NMDA-рецепторів та впливом на опіодні, моноамінові, аденозинові, мускарин-чутливі та ГАМК-ергічні рецептори, які є складовими ноцицептивної та антиноцицептивної систем організму. Так, його рекомендують включати в мультимодальну анальгезію післяопераційного болю (кетамін + декскетопрофен). Особливо він є важливим для профілактики післяопераційного болю у опіод-резистентних та опіод-залежних пацієнтів як альтернатива наркотичним анальгетикам. У останніх кетамін також розглядається як засіб лікування при загостренні хронічних больових синдромів. Є приклади, коли його застосування забезпечує якісну анальгезію у хворих на серпоподібно-клітинну анемію, при гострому панкреатиті, нирковій та печінковій коліці, для знеболення при перев'язках, при проведенні діагностичних маніпуляцій, наприклад, при ендоскопічній ретроградній холангіопанкреатографії. Актуальним на сьогоднішній день є можливість використання кетаміну як препарату із знеболюючим та седативним ефектом в умовах бойових дій та при

транспортуванні поранених до шпиталю. Основний момент, який гальмує застосування кетаміну в якості анальгетика – це наявність у нього психоміметичної дії. Проте, поява цього ефекту має чітку дозозалежну дію і частіше зустрічається при використанні наркотичних доз. Профілактика його виникнення досягається одночасним застосуванням бензодіазепінів. З іншого боку, існує S-кетамін - хімічно оброблений кетамін, який діє в кілька разів сильніше, що дає змогу в меншій дозі отримати виразну анальгетичну дію без ризику виникнення психотичних розладів. Крім форм для парентерального застосування він є у формі назального спрею («Spravato»), що полегшить його використання в позагоспітальних умовах. Наразі його використовують для лікування важкої депресії.

Висновки: отже, незважаючи на недоліки, кетамін можна вважати сильним і недорогим засобом у менеджменті гострого больового синдрому, спектр застосування якого буде тільки розширюватися.

Я.В. Зімбовський, А.С. Грищенко

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ «РАНЕКСИ» ПРИ ІХС

Кафедра фармакології

Г. І. Степанюк (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: серед хвороб серцево-судинної системи провідне місце займає ІХС, клінічні форми якої реєструються у 20% дорослого населення України. Для лікування використовують препарати таких фармакологічних груп: β -адреноблокатори, блокатори кальцієвих і калієвих каналів та інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту. Всі вони знижують артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень, що є суттєвими недоліками. Новітнім вирішенням цієї проблеми може бути Ранолазин – препарат, який нещодавно з'явився на вітчизняному ринку під торговою назвою «Ranexa»(P), має виражені антиангінальні властивості та менше побічних ефектів.

Мета роботи: дослідити ефективність використання P, переваги та недоліки, побічні ефекти, перспективи, порівняння з іншими препаратами, місце препарату на фармакологічному ринку.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій, статей, інтернет-порталів, наукової літератури, баз даних Scopus, Web of science, Pub Med за 2016-2022 роки.

Результати: Ранолазин є похідним піперазину, випускається ФРН. Згідно з даними літератури («Ranolazine for stable angina pectoris», Carlos A Salazar, Juan E Basilio Flores, 2016), P добре переноситься хворими. Встановлено, що препарат є селективним інгібітором пізнього натрієвого потоку, що попереджає внутрішньоклітинне накопичення Na^+ та Ca^{2+} , спричинене ішемією міокарда. P покращує перфузію міокарда (знижує потребу в кисні) у пацієнтів із ІХС, зменшуючи напругу та навантаження на шлуночки серця, завдяки чому проявляє виражені антиангінальні (протиішемічні) властивості. P знижує частоту нападів стенокардії та підвищує витривалість до фізичних навантажень у хворих на стенокардію, зменшуючи потребу у нітрогліцерині. Найбільшу ефективність препарат проявляє у великих дозах (1000-1500 мг), які часто супроводжуються побічними ефектами: запаморочення, головний біль, закріп та нудота, тому його варто використовувати разом з іншими антиангінальними препаратами (амлодипіном, атенололом, аміодароном). Важливо, що препарат не змінює артеріальний тиск та частоту серцевих скорочень. P також інгібує повільний калієвий струм у терапевтичних дозах, що подовжує тривалість потенціалу дії. Це проявляється збільшенням інтервалу QT на 2-6 мс, що може спричинити виникнення аритмії (tor sades de pointes).

Висновок: нечисленні клінічні спостереження свідчать про перспективи застосування P при лікуванні стабільної стенокардії. Однак препарат неефективний при гострій коронарній недостатності. P може бути препаратом вибору при неефективності антиангінальних

препаратів першого ряду. Наразі Р схвалена у США та Європі як препарат другого ряду для лікування хронічної стенокардії.

К.М. Качковська
КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ - НОВИЙ ВИТОК ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра фармації

О.В. Кривов'яз (д.фарм.н., проф.), Ю.О. Томашевська (к.фарм.н. доц.),
В.В. Кудря (к.фарм.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: новим напрямком в естетичній медицині є кінезіологічне тейпування. Кінезіотейпування (кінезіологічне тейпування) – це спосіб лікування за допомогою аплікацій спеціальних еластичних пластирів різних захворювань і травм організму.

Тейпування має на меті розблокування м'язових спазмів, що не завжди з'являються з віком. Вони можуть бути психосоматичними, або ж наслідком стресу.

Також тейп можна застосовувати для протизапальної терапії, для чого на клейку основу тейпу наносять речовини з протизапальною активністю.

Крім того тейпи широко використовують в галузі косметології та естетичної медицини. Зокрема, регулярне тейпування обличчя дозволяє досягти таких ефектів як: зменшення зморшок на лобі, навколо очей, шиї, між бровами, а також біля носо-губної складки; коригує навислі повіки; усуває набряклості навколо очей; покращує чіткість та симетричність овалу обличчя; підтягує лінію підборіддя; знижує больові відчуття під час запалення лицьового нерва.

Мета: провести маркетинговий та товарознавчий аналіз кінезіотейпів. Вивчення структурно-механічних властивостей тейпів. Дослідження шкірних реакцій при застосуванні різних видів тейпів.

Матеріали та методи: вивчили номенклатуру тейпів, застосували різні методи аналізу, а саме: маркетинговий, аналітичний, порівняльний та метод узагальнення інформації.

Результати: кінезіотейпи – це бавовняні стрічки з нанесеним гіпоалергенним акриловим клеєм, що активується при нагріванні, тобто розтиранні. На ринку України представлені такі фірми тейпів: Ares tape, Rocktape, ReaTape, CureTape, KindMax, Phiten, BBtape, Phisiotape, Nasara, KTape, Kintape, Kinesio, Mueller. Виробниками даних марок є США, Південна Корея, Японія та Нідерланди. Відрізняються по кольоровій гамі, можуть бути однотонні, або ж з нанесеним візерунком. Якщо ж говорити про наближеність тейпів до шкіри людини то його товщина та еластичність максимально схожа з шкірою. Також різною є ширина тейпу 2,5 см, 5 см та 10 см. Щодо структурно-механічних властивостей, стрічка досить добре розтягується вздовж і не розтягується поперек, що має значення для техніки застосування.

Висновки: проаналізували номенклатурний асортимент тейпів, визначили структурно-механічні властивості тейпів різних виробників, встановили наявність шкірних реакцій при застосуванні різних видів тейпів. Перспективним напрямком є вивчення можливості імпортозаміщення кінезіотейпів для використання в галузі косметології та естетичної медицини.

С.Я. Кертіс
**НАСЛІДКИ ВИКОРИСТАННЯ СПОРТСМЕНАМИ ЖІНОЧОЇ СТАТІ
АНАБОЛІЧНИХ АНДРОГЕННИХ СТЕРОЇДІВ**

Кафедра біохімії та фармакології медичного факультету
В.І. Грига (PhD, доц.)
Ужгородський національний університет
м.Ужгород, Україна

Актуальність: перед сучасним суспільством постала проблема допінгу, тобто використання спортсменами речовин, що збільшують м'язову масу і підвищують витривалість організму в умовах спортивних змагань. Дані речовини відносяться до класу анаболічних андрогенних стероїдів (ААС) і їх використання забороняється Міжнародною хартією фізичного виховання і спорту ЮНЕСКО та Олімпійською хартією. ААС є похідними чоловічого статевих гормону тестостерону і можуть призводити до виникнення певних дисфункцій як у чоловіків, так і у жінок.

Мета: дослідити та проаналізувати вплив анаболічних андрогенних стероїдів на здоров'я спортсменів жіночої статі.

Матеріали та методи: використано бібліосемантичний метод. Проведено контент-аналіз сучасної наукової літератури на платформах Scopus, PubMed, Google Scholar відносно питань виникнення порушень при використанні ААС.

Результати: використання анаболічних андрогенних стероїдів може призводити до виникнення різних системних і органних дисфункцій. Застосування екзогенних ААС призводить до порушення нормального функціонування гіпоталамо-гіпофізарної системи. Ці речовини зменшують утворення гонадоліберину гіпоталамусом, внаслідок чого зменшується вироблення гонадотропних гормонів, тобто фолікулостимулюючого (ФСГ) та лютеїзуючого (ЛГ). Наслідком цього є виникнення репродуктивних порушень у жінок, а саме аменореї, олігоменореї і навіть ановуляторного безпліддя. Крім того, ААС як похідні тестостерону можуть викликати кліторомегалію. Також при використанні андрогенних стероїдів у жінок можуть виникати явища вірилізму та гірсутизму, зокрема оволосіння за чоловічим типом, зменшення розміру грудних залоз та зниження тембру голосу. Деякі ААС можуть містити в своєму складі алкільні групи, що може викликати дисліпідемію, а саме зменшення концентрації ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Оскільки ЛПВЩ є антиатерогенними факторами, зменшення їх вмісту є фактором ризику розвитку атеросклерозу, а також інших пов'язаних з ним захворювань, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії, тощо. Крім того, алкільні замісники в складі анаболічних стероїдів мають гепатотоксичну дію, оскільки порушують мікросомальне окиснення ксенобіотиків в печінці і можуть призводити до пеліозного гепатиту, холестази і пухлин печінки. Загальновідомим фактом є те, що у чоловіків порівняно з жінками більша кількість еритроцитів в крові. Це пов'язано з тим, що чоловічі статеві гормони здатні стимулювати еритропоез, тому використання жінками ААС може викликати еритроцитоз, тобто збільшення кількості еритроцитів. Ефект ААС через андрогенні рецептори опосередковується впливом на ріст і диференціацію сальних залоз, ріст волосся, гомеостаз епідермального бар'єру та загоєння ран. Типовими шкірними проявами в даному випадку є вульгарні вугри (акне), жирна шкіра, себорея, стрії, гірсутизм і алопеція за чоловічим типом.

Висновки: отже, анаболічні андрогенні стероїди роблять негативний вплив на здоров'я спортсменів жіночої статі.

М.Ю. Кізлов

ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ВІДСТРОЧЕННЯ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1-ГО ТИПУ

Кафедра фармакології

С.В. Біговщиць (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: у світі близько 10% всіх людей з цукровим діабетом хворіють на діабет 1-го типу (близько 34 мільйонів). ЦД1 - найбільш поширений серед дітей та молоді до 20 років (10% всіх випадків діабету молоді). Якщо батько або мати, брат або сестра має ЦД1, то ризик розвитку патології у дитини складає близько 6%. Якщо хворіють обидва батьки, то ризик збільшується до 10-12%. Тому для осіб, які мають значний ризик захворювання дуже важливим є своєчасне застосування препарату, який може сповільнити початок та розвиток патологічного процесу. Таким вимогам відповідає препарат «Ціельд», який в першій в своєму класі використовується для терапії пацієнтів з групи ризику ЦД1.

Мета: проаналізувати дані наукових досліджень щодо ефективності та безпечності застосування препарату,

Матеріали та методи: матеріали наукової літературі та статистичних даних, з наступним аналізом дослідженого та виділенням ключових фактів.

Результати: діючою речовиною лікарського засобу «Ціельд» є препарат моноклональних антитіл теплізумаб. Ціельд зв'язується з певними клітинами імунної системи (Т-клітини, CD3-спрямовані) та затримує прогресування ЦД1 та появу 3 стадії (значна втрата функції підшлункової залози, вироблення інсуліну стає недостатнім для підтримання рівня глюкози в крові) у дорослих та дітей віком від 8 років з ЦД1 2 стадії (коли рівень глікемії натще від 7.1 до 13.8 ммоль/л). Ціельд може деактивувати імунні клітини, які атакують бета-клітини, підшлункової залози збільшуючи при цьому частку клітин, які допомагають пом'якшити імунну відповідь. Безпека та ефективність Ціельду були оцінені в рандомізованому, подвійному сліпому та плацебо-контрольованому дослідженні з 76 пацієнтами з діабетом 1-го типу. Результати показали, що протягом спостереження впродовж 51 місяця 45% із 44 пацієнтів, які отримали Ціельд, пізніше було діагностовано ЦД1 3 стадії, тоді як порівняно із 32 пацієнтів, які отримали плацебо, діагноз ЦД1 був встановлений у 72% випадків. Основним показником ефективності був час від початку дослідження до клінічної діагностики ЦД1 «3 стадії». Для пацієнтів, які отримали Ціельд, цей показник становив 50 місяців, тоді як для тих, хто отримував плацебо – всього 25 місяців, що свідчить про статистично значущу затримку в розвитку ЦД1 «3 стадії». Ціельд вводиться шляхом внутрішньовенної інфузії один раз на день протягом 14 днів поспіль. Серед побічних ефектів спостерігались пригнічення кровотворення (лімфопенія, лейкопенія), висипи, головний біль, гіперчутливість, в окремих випадках - синдром вивільнення цитокінів (диспепсичні розлади, втома, втрата апетиту, біль в суглобах, тахікардія та судоми).

Висновки: наукові дослідження свідчать, що 2-тижневий прийом препарату «Ціельд» у пацієнтів з групи ризику ЦД1 викликає статистично значущу затримку розвитку 3 стадії захворювання та відтермінує його прогресування. Для профілактики та усунення побічних ефектів необхідно застосувати жарознижуючі, антигістамінні та/або протиблювотні препарати.

В.В. Ковальчук
ПРОФЕСІЙНА ДОГЛЯДОВА КОСМЕТИКА – ПОРІВНЯННЯ БРЕНДІВ
Кафедра фармації
Т.І. Войтенко (к.фарм.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: акне або вугрова хвороба – одне з найбільш поширених захворювань шкіри. Проявляється в період статевого дозрівання і вражає до 80 % людей у віці від 12 до 24 років, та 11% осіб старше 25 років. Ця патологія має значне поширення, тривалий перебіг, може викликати зміни шкіри (постакне) та порушувати психоемоційний стан хворих.

Мета: дослідити ефективність професійної доглядової косметики щодо зменшення проявів акне при догляді за проблемною шкірою з ураженнями легкого та середнього ступеню важкості.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходилися 9 клієнток косметичного салону у віці від 14 до 25 років з акне. Середній вік склав 18 років. Усім клієнтам було проведено огляд шкіри та встановлено тип висипань, їх кількість, локалізацію, поширеність; оцінено наявність, ступінь і тяжкість запального процесу; визначено тип шкіри.

Для дослідження обрано косметику професійних брендів: Pelart Laboratory (Ізраїль-Україна), Demax (Японія), Smart 4 Derma (Україна). Догляд за шкірою включав три послідовних етапи: очищення, тонізація та зволоження. У кожній торговій марці було відібрано відповідні продукти з лінії догляду за проблемною шкірою у різних косметичних формах. Клієнти були розділені на три групи по брендам косметики та застосовували перелічені засоби по запропонованій косметологом схемі двічі на день. Результат оцінювали через 4 місяці щоденного застосування.

Результати: встановлено наявність у клієнтів акне легкого та середнього ступеня тяжкості та жирний тип шкіри. Досліджено склад та цінову політику кожного косметичного засобу. Ефективність косметичного догляду оцінено за зменшенням площі висипань, кількості незапальних і запальних елементів, зниженням жирності шкіри, редукцією симптомів постакне, а саме пігментації, висвітлення та вирівнювання тону шкіри. Зменшення проявів акне на 85% спостерігалось при застосуванні лінійки засобів від бренду Demax, на 80% та 50% у Smart 4 Derma та Pelart Laboratory відповідно. Серія засобів від японського бренду коштувала 2728 грн, ціна українського виробника – 1630 грн, українсько-ізраїльська продукція - 1245 грн. Згідно прайс -листів компаній націнка для кінцевого споживача складала 31-50% від ціни, що пропонується косметологу.

Висновки: за результатами дослідження можна стверджувати, що професійна доглядова косметика обраних брендів виявилася достовірно ефективною при акне перших двох ступенів, що можна пояснити складом досліджуваних косметичних засобів, які включали компоненти, які рекомендуються клінічною настановою по терапії акне, як лікарські засоби для місцевого лікування з доведеною ефективністю. Щодо цінової політики, то найбільш ефективна косметика виявилася і найдорожчою. Встановлено суттєву різницю між вартістю продукції для клієнта і косметолога, що дає можливість останньому отримувати додатковий дохід від продажу косметичної продукції.

Д.М. Ковтонюк
АЛЕРГІЯ В ЖИТТІ СТУДЕНТІВ
Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
Н. В. Щербенюк (к.м.н.,ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: на початку весни стає актуальним питання алергічних захворювань. Алергія – неадекватна реакція імунного захисту людського організму, що виникає негайно або з часом після повторної взаємодії (контакту) людини і алергену. Це явище цілком поширене і може виникнути на абсолютно будь-який вид продуктів, і не тільки. Причини появи алергії ще до кінця не вивчені медичною наукою, але те, що генетичний фактор присутній, як одна з головних причин - це доведено точно. В основному, організм людини так неадекватно реагує на чужорідний білок, але трапляється, що й на вуглеводи, вітаміни і жири.

Мета: вивчити поширеність алергічних захворювань, частоту самолікування та вибір лікарських засобів серед студентів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова шляхом опитування.

Матеріали та методи: в ході роботи проведено аналіз літературних джерел по темі: «Алергія». Для пошуку інформації та опитування використані сервіси: Google forms, Google Scholar.

Результати: проведене анкетування виявило, що з 1423 опитуваних осіб, алергія виникала в 81,3% людей. Близько 61,5% з яких виникає у весняний період. Переважає контактна форма, оскільки вона виникає у 50% студентів. Лише 40,4% звертаються до лікаря, решта - 59,6% займаються самолікуванням. Серед усіх груп препаратів для лікування алергії, найбільшою популярністю користуються антигістамінні препарати, оскільки вони використовуються студентами у 67,3% випадків, глюкокортикостероїди використовували 8,1%, а антилейкотрієнові засоби 4,8%, решта студентів використовували інші лікарські засоби. Найпопулярнішим препаратом вибору при алергічних реакціях є препарат із групи антигістамінних - лоратадин (62%). Тривалість лікування у більшості (78%) студентів складало від 7 до 14 днів, при цьому лікування було досить таки ефективним, оскільки 88% студентів отримали бажаний ефект від лікування.

Висновки: алергія залишається актуальною проблемою, тому, що 81,3% опитаних студентів хворіли на алергічні захворювання. Більшість (59,6%) студентів займаються самолікуванням. Препаратами вибору є антигістамінні лікарські засоби.

А.С. Маліцька, Д.Р. Соляр
**РОЛЬ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ПОШИРЕННЯ ХВОРОБИ ЛАЙМА У
ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра фармації
В.В. Родінкова (д.б.н., проф.), О.В. Паламарчук (к.б.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: глобальне потепління, а також інтенсивні подорожі населення сприяють активній міграції живих організмів між континентами земної кулі. Прикладом є американська природно-вогнищева хвороба Лайма або бореліоз (ЛБ), яку викликають бактерії *Borrelia burgdorferi*, що передаються людині через укуси інфікованого іксодового кліща. Типовими симптомами хвороби є лихоманка, головний біль, втома та характерний висип на шкірі, який називається мігруючою еритемою, інфекція може поширитися на суглоби, серце та нервову систему. Хвороба ЛБ діагностується на підставі симптомів, фізикального обстеження і можливості контакту з інфікованими кліщами. За даними санітарно-епідеміологічної служби України, рівень захворюваності на ЛБ в Україні збільшився у 35 разів за період 2000-2015 рр., з яких 80 % хворих на ЛБ – це міські жителі, що були інфіковані в межах міських паркових чи лісопаркових зон.

Мета: метою нашої роботи стало вивчення особливостей розповсюдження хвороби ЛБ у Вінницькій області, встановлення територій, де ця хвороба реєструється найчастіше та визначення шляхів профілактики хвороби.

Матеріали та методи: для досягнення поставлених завдань ми проаналізували дані Державної установи «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» щодо захворюваності на хворобу ЛБ за 2018-2022 роки.

Результати: найбільше зареєстрованих випадків хвороби відмічалось у м. Вінниця. За усередненими даними за 5 років їх було 58 % від всіх випадків. На другому місці був Козятинський район (8 %), за ним – Калинівський (5 %). У Погребищенському, Теплицькому, Томашпільському, Ямпільському районах, що виокремлювалися за попереднім територіальним розподілом Вінниччини, пацієнти з досліджуваною хворою не реєструвалися впродовж всього періоду спостереження з 2018 по 2022 роки. Частіше у всі роки дослідження діагноз ЛБ виставлявся у осіб жіночої статі. Також у всі роки серед хворих значно переважало доросле населення. Більшість діагнозів також були виставлені на підставі лабораторно підтверджених випадків зараження. Менша частина – на основі клінічних даних. Цікаво, що в 2021-2022 роках спостерігалось і збільшення частки лабораторно підтверджених уражень самих кліщів. Це може свідчити про тенденцію до поширення хвороби ЛБ на території Вінниччини. Було встановлено, що кількість зареєстрованих випадків хвороби ЛБ знижувалась під час пандемії коронавірусу, що можна пояснити карантинними заходами, втім, почала зростати на тлі широкомасштабного вторгнення РФ на територію України.

Висновки: таким чином, частіша реєстрація хвороби ЛБ на Вінниччині була асоційована із північними районами області, де зростає більше лісів, які є місцем звичайного проживання кліщів. Збільшення частки уражених кліщів може свідчити про розширення площ природних осередків хвороби на території Вінниччини. Позаяк хвороба ЛБ є потенційно смертельною та може призводити до тяжких наслідків, необхідною є її профілактика, яка полягає, насамперед, у запобіганні укусів кліщів.

І.О. Марченко, Д. Є. Двореченець

ШЛУНКОВО-КИШКОВИЙ ТРАКТ І НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ - СЕЛЕКТИВНІ ІНГІБІТОРИ ЦИКЛООКСИГЕНАЗИ-2

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О. Яковлева (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини

І.А. Ільченко (к. мед. н, доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) – ліки, що найчастіше призначаються в усьому світі, це пов'язано з їх широким спектром дії. Однак їх використання пов'язано з небажаними ефектами з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ). НПЗП можуть пошкоджувати весь ШКТ, викликаючи широкий спектр уражень. Селективні інгібітори циклооксигенази-2 (іЦОГ-2) мають ті ж корисні ефекти, що і неселективні НПЗП, але з меншою гастроінтестинальною токсичністю.

Мета дослідження: дослідити вплив НПЗП, саме селективних іЦОГ-2 на ШКТ.

Матеріали та методи: було проведено метааналіз та систематичний огляд результатів міжнародних клінічних досліджень за темою власного дослідження.

Результати: пошук безпечніших НПЗП був зосереджений на розробці селективних іЦОГ-2. Традиційні НПЗП, що застосовуються протягом тривалого часу, відрізняються щодо їх відносної здатності інгібувати ЦОГ-1 і ЦОГ-2, але всі вони мають значний вплив на ЦОГ-1, тим самим порушуючи захист слизової оболонки (СО) шлунка. В клінічному дослідженні з порівнянням НПЗП цедолаку і напроксену, встановлено, що цедолак, який широко використовувався протягом декількох років, показав клінічну ефективність препарату та

зниження його токсичності для ШКТ, що було підтверджено ендоскопічно. В дослідженні також не виявили значного зниження рівня простагландинів у СО шлунка порівняно з напроксеном. Виявлено, що цедолак має деякий ступінь селективності щодо ЦОГ-2. Інші специфічні іЦОГ-2, що актуальні та вивчаються в даний час, включають целекоксиб і рофекоксиб. Попередні результати досліджень цих препаратів вказують на їх ефективність та хороший профіль безпеки для ШКТ. Целекоксиб асоціювався зі зниженням частоти несприятливих захворювань верхніх відділів ШКТ, включаючи виразки, шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) та перфорації, у пацієнтів з остеоартритом та ревматоїдним артритом порівняно зі стандартною схемою лікування. Рофекоксиб продемонстрував меншу частоту ендоскопічних виразок порівняно з ібупрофеном у пацієнтів з остеоартритом у багатоцентровому клінічному дослідженні протягом 24 тижнів, а також зниження частоти виразок, перфорацій та ШКК. Встановлено, що селективні іЦОГ-2 практично не впливають на функцію тромбоцитів, що може пояснювати зменшення ШКК, пов'язаних із застосуванням НПЗП. Незважаючи на позитивні впливи, притаманні селективним іЦОГ-2, вони теж можуть викликати небажані ефекти. Існують дані, що тривале використання селективних іЦОГ-2 може викликати кардіотоксичність, що становить небезпеку у певних категорій хворих.

Висновки: таким чином, незважаючи на великий досвід використання селективних іЦОГ-2, зберігається безліч невіршених до кінця питань, які потребують поглиблених досліджень, задля отримання нових даних. Довгострокову безпеку застосування селективних іЦОГ-2 ще потрібно підтвердити, особливо щодо їх можливого впливу на функцію нирок і можливого, хоч і менш ймовірного, порушення загоєння пептичних виразок.

М.О. Матвійчук, С.О. Матвійчук

ЕКСКУРС В КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ

Кафедра фармакології

О.В. Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: наукові дослідження вказують, що станом на 2022 рік глаукомою хворіє близько 80 млн. осіб, і близько 11,2 млн. осіб вже втратили зір. Прогнозується, що до 2040 року кількість хворих зросте до 112 млн. і втратять зір близько 22 млн. Викликає занепокоєння безболісність перебігу хвороби та відсутність методів інноваційного лікування, які б призводили до повного одужання.

Мета: проведення екскурсу консервативного лікування відкритокутової глаукоми (ВКГ) задля кращого розуміння динаміки розвитку її фармакотерапії.

Матеріали і методи: ретроспективний аналіз медико-фармакологічних публікацій іноземної літератури з ресурсів PubMed, GoogleScholar, Frontiers.

Результати: незважаючи на те, що перші свідчення про глаукому датуються до 400 р. до н.е., невірне трактування патофізіології захворювання відклало можливість ефективного лікування на багато сторіч уперед. Закріплення концепції про необхідність зниження внутрішньоочного тиску (ВОТ) дозволило почати використання холінергічних препаратів для лікування ВКГ. Серед них найбільшого значення набули езерин (фізостигмін), а пізніше пілокарпін, який володів меншою кількістю системних побічних ефектів. З 1901 р. адренергічні засоби – епінефрин, клонідин, його похідне апраклонідин, а з 1996 року бримонідин. Системні інгібітори карбоангідази використовувались з 1954 року (діакарб, дорзоламід). Бета-адреноблокатори (пропранолол, тимолол) були основними в схемах лікування ВКГ з 1967 р. У середині 1990-х років відбулась революція в лікуванні глаукоми шляхом використання простагландинів. Латанопрост став першим аналогом простагландину, що був схвалений FDA в 1996 році. Згодом були схвалені біматопрост, травопрост. У 2017 році FDA схвалив аналог простагландину, який є донатором оксиду азоту, латанопростенбунод. Цей ефект дозволяє

розслабити гладку мускулатуру і потенційно підсилити відтік через трабекулярну сітку, і кровопостачання зорового нерву. В цьому ж році в Японії для лікування ВКГ було схвалено представника нової групи – інгібіторів Rho –кінази - рипасудил, а у США – нетарсудил. Вони призводить до зміни її ізоформи в трабекулярній сітці, таким чином безпосередньо збільшуючи відтік водянистої вологи, що дозволяє суттєво знизити ВОТ. Важливими є їх нейропротекторні та антифіброзні ефекти. Найновішими нині є дослідження препаратів: NCX 470 - аналог простагландину зі здатністю до донорства оксиду азоту; проліки - кромакалім 1 (СКLP1) та QLS-101 (Qlaris Bio), які є АТФ-чутливими засобами, що відкривають калієві канали. Новий механізм дії їх включає зниження епісклерального венозного тиску, що в перспективі може знижувати ВОТ на рівні з оперативним втручанням.

Висновки: поширеність та високий ризик сліпоти від ВКГ спонукає до пошуку нових препаратів з різними патогенетичними властивостями, що в майбутньому забезпечить більш високі показники ефективності лікування.

В.М. Мельничук
МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ
Кафедра фармації
О.П. Баліцька (к.фарм. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: за статистикою ВООЗ алергічні захворювання займають лідируючі позиції в структурі захворюваності. На сьогоднішній день від різноманітних алергічних реакцій страждає від 20 до 40 % дорослого населення. Така ситуація зумовлює активний розвиток фармацевтичної індустрії та поповнення асортименту протиалергічних препаратів в аптеках нашої країни, найбільшу частку серед яких становлять антигістамінні препарати (АГП). Щорічно розробляються та впроваджуються у медичну практику нові лікарські препарати зазначеної групи, удосконалюються їх форми, оптимізується асортимент. Тому здійснення маркетингового аналізу АГП є актуальним і необхідним як для населення, так і фармацевтичних та медичних працівників.

Мета: маркетинговий аналіз АГП на фармацевтичному ринку України.

Матеріали та методи: аналіз асортименту препаратів здійснювали відповідно до Державного реєстру лікарських засобів України. В аналізі використовували статистичний та маркетинговий методи, обробку інформації здійснювали за допомогою спеціального програмного забезпечення (Microsoft Office Excel).

Результати: на фармацевтичному ринку України присутні антигістамінні препарати для системного застосування, а саме група R06. Згідно АТХ класифікації АГП поділяються на: R06A - антигістамінні засоби для системного застосування, R06A A - аміноалкілові ефіри, R06A B - заміщені алкіламіни, R06A C - заміщені етилендіаміни, R06A D - похідні фенотіазину, R06A E - похідні піперазину, R06A X - інші антигістамінні препарати для системного застосування. В результаті частотного аналізу було встановлено, що на фармацевтичному ринку України станом на лютий 2023 р. АГП для системного застосування були представлені 170 торгівельними назвами (ТН) та 135 міжнародними непатентованими назвами (МНН). Лідерами за МНН були дезлоратадин (34 найменування) та левоцетиризин (26 найменувань). За даними Державного реєстру ЛЗ України станом на лютий 2023 р. було встановлено різну форму випуску лікарського засобу, а саме: таблетки, розчини, краплі, сиропи, драже та гранули для приготування оральної суспензії. Найбільшу частку склали АГП у формі таблеток – 70,59%, майже однаковий відсоток склали розчини, краплі, сиропи (10%, 9,41%, 8,82%) та 2% АГП зареєстровано у формі драже.

Також було встановлено співвідношення країн-виробників АГП на фармацевтичному ринку України за ТН. Виявлено, що серед представлених лікарських форм 62% складають лікарські

засоби іноземного виробництва. Також 38% складають АГП вітчизняного виробництва, де найбільшу частку ринку (19%) складає виробництво ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я».

Висновки: на основі вищевикладеного, можна зробити висновок, що фармацевтичний ринок України представлений широким асортиментом АГП у різних формах випуску та різних фірм-виробників. Це зумовлює широкий вибір препаратів даної групи серед населення, фармацевтичних та медичних працівників.

В.І.Онофрійчук, В.С.Ткач

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОГО КАНАБІСУ У ЛІКУВАННІ ПОСТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ (ПТСР)

Кафедра фармакології

О.І. Альчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: легалізація медичного канабісу в останні роки є одним з найбільш дискусійних питань в Україні. Великий потенціал препаратів марихуани (згідно останніх даних MAPS) у лікуванні епілепсії, хвороб Альцгеймера та Паркінсона, анорексії, розсіяному склерозі, онкохворих, а також ПТСР з одного боку викликає неймовірний інтерес науковців та лікарів, з іншого - «стереотипний страх» побічних ефектів та ймовірність безконтрольного розповсюдження канабісу – викликає серйозне занепокоєння зі сторони держави. З 2022 року питання стало нагальним, адже на тлі повномасштабного вторгнення, за даними МОЗ, близько 15 млн українців потребують психологічної підтримки, 4 млн з яких, саме медикаментозного лікування ПТСР.

Мета: проаналізувати ефективність та безпечність використання препаратів медичного канабісу у лікуванні ПТСР.

Матеріали та методи: оглядовий аналіз наукової літератури, статей у фахових журналах та інтернет – ресурсах (PubMed, Scopus, Web of Science).

Результати: відомо, що патогенетичною основою ПТСР є дезорганізація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, що відповідає за координацію гормональних реакцій на стрес, як наслідок дисфункція серотонінергічної, норадренергічної і ГАМК-ергічної систем та зміни у взаємодії між вентромедіальною префронтальною корою та мигдалиною, що забезпечують обробку спогадів, сприяють збільшенню сили консолідації пам'яті на подію та відповідну реакцію. Оскільки ендоканабіоїдна система (ECS), на сьогоднішній день, розглядається як фундаментальний клітинний механізм, що активізується за вимогою HELP та забезпечує гомеостаз, цілком очевидним є її багатообіцяючий потенціал в цілеспрямованому лікуванні багатьох захворювань, в тому числі і ПТСР. На підставі результатів доклінічних досліджень встановлено, що під впливом будь якого травматичного досвіду або стресової ситуації ендоканабіоїди взаємодіючи з канабіноїдними рецепторами CB1 і CB2 змінюють фізіологічні реакції психічного та фізичного стресу. Достеменно відомо, що дельта-9-тетрагідроканабінол (ТГК) і канабідіол (КБД), основні психоактивні сполуки канабісу, посилюють вивільнення ендоканабіоїдів, тим самим призводять до зміни настрою людини та зниження рівня кортизолу. Діючи як негативний алостеричний модулятор рецепторів CB1 гіпокампа, КБД має виражений сприятливий ефект на посилення консолідації явного згасання страху та послаблення аверсивних спогадів про травматичну подію. Крім того, ТГК, частковий агоніст CB1 і CB2, продемонстрував короточасний ефект значного зниження частоти виникнення кошмарів, панічних атак, гіперзбудження та тривожності у пацієнтів з ПТСР. Не слід ігнорувати і розвиток толерантності (зниження щільності та/або ефективності рецепторів CB1) і залежності до канабісу у людей з ПТСР, хоча нещодавні дослідження показали, що рецептори CB1 можуть відновитися після періодів утримання від марихуани.

Слід враховувати і те, що хронічне вживання канабісу може з часом призвести до появи інших побічних ефектів і як наслідок, погіршити симптоми, пов'язані з травмою.

Висновки: результати показують, що використання медичного канабісу, сьогодні, може бути багатообіцяючим методом короткочасного полегшення симптомів ПТСР, щодо довгострокових змін однозначної думки немає, є велика необхідність додаткових рандомізованих та плацебо-контрольних досліджень.

Р.С. Опалько, К.О.Калініченко

ПЕРСПЕКТИВА ВИКОРИСТАННЯ БЛОКАТОРІВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ

Кафедра фармакології

О.В.Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: анкілозивний спондиліт (АС, хв. Бехтерева) – це хронічне системне захворювання переважно хребта з обмеженням його рухомості за рахунок анкілозування апофізальних суглобів. Середній глобальний рівень поширеності захворювання: 238 осіб на 100000 у Європі, 319 на 100000 в Північній Америці та 167 на 100000 в Азії. Як повідомляють наукові джерела, співвідношення ураження АС чоловіків і жінок становить 3:1, крім того жінки мають тенденцію до легких випадків хвороби. Генетичні та імунологічні дослідження виявили ключову роль порушення регуляції інтерлейкіну-17 (IL-17) в патогенезі АС. IL-17 і його рецептори були вперше ідентифіковані в 1993р., завдяки багаточисленним експериментам це відкриття проклало шлях для розробки інгібіторів IL-17, які забезпечують ефективне лікування проявів хвороби Бехтерева.

Мета: проаналізувати дані наукової літератури щодо перспективи використання блокаторів інтерлейкіну-17 в лікуванні АС.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines за 2017-2022 роки.

Результати: історично лікування АС в основному обмежувалося фізіотерапією та застосуванням нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), таких як ібупрофен, диклофенак натрію та напроксен. За останні два десятиліття було досягнуто значного терапевтичного прогресу у зв'язку з появою біологічних препаратів – інгібіторів фактору некрозу пухлин (ФНП): інфліксимаб, етанерцепт, голімумаб та адалімумаб, які вплинули на результати лікування та суттєво покращили перебіг хвороби у багатьох пацієнтів. Нещодавній прогрес був пов'язаний з інгібіторами янус-кінази (тофацитиніб), схвалених для лікування дорослих пацієнтів, які демонструють неадекватну відповідь на попередню терапію протиревматичними засобами. При експериментальному артриті було виявлено, що IL-17 викликає резорбцію кістки, цей ефект пов'язаний з активацією системи RANKL (Receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand), внаслідок чого інгібується активність остеобластів, отже, знижується продукція кісткової тканини. Вплив IL-17 на кістковий метаболізм підтверджується клінічними даними, що свідчать про те, що блокування IL-17 уповільнює структурну прогресію при АС. В останні роки в клінічних випробуваннях у пацієнтів з хворобою Бехтерева було розроблено кілька препаратів, що блокують IL-17 або його рецептори, такі як секукінумаб, іксекізумаб та бродалумаб. Інші інгібітори IL-17, такі як бімекізумаб і нетакімаб, знаходяться на стадії вивчення для оцінки їх терапевтичної дії при АС.

Висновки: отже, можна зробити висновок, що метою лікування пацієнта з АС повинен бути ефективний контроль багатьох проявів цього захворювання, що веде до значного поліпшення клінічних ознак та симптомів, а також якості життя, та запобігає подальшому прогресу незворотніх змін. Клінічні випробування MEASURE показують, що інгібітори IL-17

секукінумаб, іксекізумаб та бродалумаб, враховуючи хороший профіль безпеки, забезпечують ефективне лікування проявів даної хвороби.

А.Ю.Осадчук

АНАЛІЗ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА СХЕМОЮ АС

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

К.В. Півторак (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: рак молочної залози є однією з найпоширеніших онкологічних захворювань у жінок. Лікування даного захворювання може включати використання різних лікарських засобів, зокрема, хіміотерапію за схемою АС. Оскільки дана схема хіміотерапії є однією з найбільш ефективних для лікування вище зазначеного захворювання. Вона включає в себе два препарати - циклофосфамід та доксорубіцин, які мають різні механізми дії на пухлинні клітини. Аналіз взаємодії цих лікарських засобів є важливим для забезпечення ефективного та безпечного лікування раку молочної залози.

Мета: метою даної наукової роботи є аналіз взаємодії лікарських засобів при лікуванні раку молочної залози за схемою АС.

Матеріали та методи дослідження: у дослідженні було використано літературний аналіз даних з наукових джерел, які містять інформацію про взаємодію лікарських засобів, що входять до складу схеми АС, а також результати клінічних досліджень з використанням цієї схеми при лікуванні раку молочної залози.

Результати: аналіз літературних даних показав, що взаємодія між лікарськими засобами, що входять до складу схеми АС, може впливати на їх ефективність та загальний стан пацієнта. Циклофосфамід і доксорубіцин є двома широко використовуваними хіміотерапевтичними препаратами, які часто використовуються в комбінації для лікування різних видів раку, включаючи рак молочної залози, лімфому та лейкомію. Вони мають різний механізм дії, але обидва засоби метаболізуються в печінці. Взаємодія між циклофосфамідом та доксорубіцином може відбуватися через спільний механізм метаболізму в печінці. Відомо, що циклофосфамід може знизити активність ферментів цитохрому Р450, які беруть участь у метаболізмі доксорубіцину. Це може призвести до збільшення концентрації доксорубіцину в крові, збільшує ризик виникнення побічних ефектів. Крім того, відомо, що доксорубіцин може знижувати кількість альбуміну в крові, що може вплинути на метаболізм циклофосфаміду. Що призведе до збільшення концентрації активних метаболітів циклофосфаміду в крові, в свою чергу це збільшить ефективність даного препарату, але також збільшить прояв побічних ефектів.

Висновки: отже, взаємодія між циклофосфамідом та доксорубіцином може відбуватися через спільний механізм метаболізму в печінці та може мати вплив на концентрацію та ефективність обох препаратів. Застосування комбінованої схеми лікування раку молочної залози з використанням циклофосфаміду та доксорубіцину є ефективним методом терапії. Однак, при цьому можуть виникати певні побічні ефекти, такі як гострі та хронічні ушкодження серця, імунне пригнічення, гепатотоксичність, ниркову дисфункцію та інші.

Т.О. Осецька
**ІМУНОМОДУЛЮЮЧА ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ДІЯ ЛАМІНАРІЇ І ПРЕПАРАТІВ
НА ЇЇ ОСНОВІ**

Кафедра фармації
М.А. Артемчук (к.м.н., доц.), О.А. Бобровська (к.б.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: постійна зміна вірулентності патогенних мікроорганізмів ставить завдання пошуку нових, в тому числі природних джерел антибактеріальних сполук, так і засобів підвищення імунного супротиву. Останнім часом, в цьому напрямку, все більше уваги приділяється фітотерапії, в тому числі, в медичній практиці набувають популярності навіть такі незвичні рослини, як водорості. Фукоїдани та сульфатовані полісахариди клітинних стінок бурих водоростей привертають увагу багатьох дослідників завдяки широкому спектру біологічної активності. Все це підштовхує науковий пошук в напрямку нових речовин з наявною імуномодулюючою та антибактеріальною дією.

Мета: дослідити дані про імуномодулюючі та антибактеріальні властивості водорості родини Ламінарії *Laminariaceae* (*Laminaria cichorioides*, *Laminaria japonica*, *Laminaria saccharina*, *Laminaria japonica*, *Laminaria digitata*) та препаратів на її основі для застосування їх у медичній практиці.

Матеріали та методи: використані інформаційні матеріали наукових публікацій, сучасних інтернет-ресурсів.

Результати: проаналізовані літературні дані, що містять інформацію про Ламінарію в історичному, науковому й медичному аспектах. Проведено систематичний аналіз, та визначені представники, які мають практичне медичне застосування. Проведений аналіз хімічного складу та визначені активні речовини, що входять до певного складу сполук. Вивчені біологічні ефекти кожного класу сполук, у тому числі з молекулярно-фармакологічних позицій. Проаналізовані механізми протимікробної та імуномодулюючої дії препаратів та основні ламінарії та її компонентів, а саме *Альгінор*, *Альгімаф*, *Альгофін*.

Висновки: таким чином, *Ламінарія* - це універсальна морська водорість з різними властивостями, які були вивчені та використані людством, в тому числі в медицині. Значна частина протимікробного та імуномодулюючого ефекту ламінарії припадає на різні полісахариди та сполуки йоду. Вивчені біологічні ефекти кожного класу сполук, у тому числі з молекулярно-фармакологічних позицій. Протимікробна та імуномодулююча дія ламінарії обумовлена не одним класом речовин, а їх комплексом. Крім того, дія різних компонентів ламінарії на імунну систему є різнонаправленою, що зумовлює не стільки стимулюючу, скільки регуляторну дію на імунну відповідь. При цьому здатність пригнічувати патологічні реакції та стимулювати захисні є сприятливою умовою для застосування препаратів ламінарії та її компонентів у клінічній практиці. Тим не менше, багато речовин у складі ламінарії, незважаючи на відмінності в біологічних мішенях дії, виявляють протимікробний та імуностимулюючий ефект, що обусловлює їх певний синергізм. Важливо відзначити, що хоча ламінарія має фармакологічні ефекти, необхідні додаткові дослідження, щоб повністю зрозуміти ці ефекти та визначити потенційні напрямки застосування в медичній практиці.

А.Г. Попелнуха
**ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЮ ПРИ ОПІКОВІЙ
ХВОРОБИ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
О.О. Яковлева (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: опіки є серйозною травмою, яка може викликати нейропатичний біль. Терапія нейропатичного болю при опіках має важливе значення для зменшення страждання пацієнтів та поліпшення якості їх життя, тому тактика терапії постійно удосконалюється на світовому рівні. Запропоновано комбінації анальгетиків та антиконвульсантів, їх ефективність потребує уточнення.

Мета: у даній роботі проаналізовано особливості фармакотерапії нейропатичного болю при опіках, на прикладі лікарського засобу "Gabana".

Матеріали та методи: у дослідженні було обстежено 50 пацієнтів з нейропатичним болем, спричиненим опіками. Усі пацієнти були поділені на дві групи: контрольну та клінічну. Контрольна група отримувала стандартне лікування нейропатичного болю, воно включало анальгетики та протизапальні засоби. Клінічна група отримувала додатково лікарський засіб "Gabana" (доза 150 мг, один раз на добу). Тривалість лікування становила 4 тижні. Для оцінки ефективності терапії використовувалися візуальна аналогова шкала болю (VAS) та опитувальник Депресії, Анксіозності та Стресу (DASS-21). Показники були оцінені на початку та через 4 тижні спостереження.

Результати: в клінічній групі спостерігалось значиме зниження проявів болю за шкалою VAS ($p < 0.001$) та зниження рівня депресії ($p = 0.002$), анксіозності ($p = 0.001$) та стресу ($p = 0.003$) за шкалою DASS-21, порівняно з контрольною групою. Крім того, у клінічній групі спостерігалось значиме покращення якості життя ($p = 0.004$) за загальною шкалою опитувальника SF-36 (Short Form-36).

Висновки: застосування «Gabana» сприяло приросту ефективності лікування нейропатичного болю при опіках, також з покращенням якості життя та зниженням психологічного дискомфорту у хворих.

К.М. Радкевич

ФАРМАКОЛОГІЯ ЦУКРОЗНИЖУЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ З ПОЛІТРОПНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Кафедра фармакології

О.С. Пашинська (к.мед.н., доц)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: цукровий діабет II типу - патологія обміну речовин, для якої властивий високий рівень глюкози в крові за наявної резистентності організму до інсуліну, що часто проявляється надлишковою масою тіла, яка спровокована переїданням і малорухливим способом життя. Артеріальна гіпертензія, підвищення рівня ЛПНГ крові, схильність до тромбозів – не єдині прояви цукрового діабету. Велика кількість судинних ризиків та ускладнень формують перед фахівцями чіткі завдання, реалізація яких спрямована на покращення стану пацієнтів на ЦД 2 типу. Терапія ЦД має сприяти зниженню ваги, стабілізації АТ, запобіганню тромбоутворення, контролювати рівень глюкози. Це дозволить запобігти розвитку ускладнень даної патології, поширеність якої в світі на сьогодні є колосальною. Станом на 2022 р. поширеність ЦД II типу серед громадян ЄС становила близько 58 млн людей. В Україні ж кількість пацієнтів із діагностованим захворюванням сягає 1,2 млн осіб, тому пошуки адекватних лікарських засобів з політропними фармакологічними властивостями для лікування цукрового діабету II типу залишається актуальним.

Мета: проаналізувати основні групи цукрознижуючих препаратів на наявність у них політропних властивостей.

Матеріали та методи: аналіз зарубіжної наукової літератури з використанням наступних інформаційних джерел: PubMed, MedScape та Scopus.

Результати: виділяють два типи препаратів для лікування ЦД II типу: пероральні (похідні сульфонілсечовини 1-го та 2-го покоління, меглітиніди, бігуаніди, тiazолідиндіони, інгібітори альфа-глюкозидази, інгібітори дипептидилпептидази-IV (DPP-4), секвестранти жовчних кислот, агоністи дофаміну, інгібітори натрій-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2), агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду 1 (GLP-1)) та парентеральні (агоністи рецептора GLP-1, подвійні агоністи рецепторів GLP-1/GIP, амліноміметици). Окрім антидіабетичного, ці групи препаратів мають ще ряд інших активностей. Так тiazолідиндіони сприяють зниженню резистентності до інсуліну міоцитів, адипоцитів та проявляють антиоксидантну дію. Інгібітори альфа-глюкозидази зменшують всмоктування вуглеводів у тонкій кишці та пригнічують активність глюкоамілази, сахарази, мальтази та ізомальтази. Інгібітори DPP-4 діють на гормони-інкретини: GLP-1, шлунковий інгібуючий пептид, що призводить до зниження концентрації глюкагону та затримки спорожнення шлунка. Секвестранти жовчних кислот знижують рівень ЛПНЩ. Агоніст дофаміну - володіє антипаркінсонічною дією, пригнічує синтез пролактину, знижує АТ. Інгібітори SGLT2 проявляє кардіотонічну, антиангінальну, діуретичну, ліполітичну, антигіпертензивну, антиатеросклеротичну, гепатопротекторну, та ангіопротекторну дії. Подвійний агоніст рецепторів GLP-1/GIP уповільнює спорожнення шлунка, знижує концентрацію глюкози натще та після прийому їжі, має анорексигенний ефект. Амліноміметик проявляє антигіпертензивну, антипсихотичну, ноотропну, протизапальну та діуретичну дії.

Висновки: саме тому для проведення адекватної терапії ЦД слід враховувати гетерогенність захворювання та звертати увагу на індивідуальні потреби кожного хворого.

А.С. Рудяк, А.В. Гандзюк

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АМІНОГЛІКОЗИДІВ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ ЕНДОКАРДИТІ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О. Яковлева (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: аміноглікозиди – це потужні бактерицидні антибіотики, є однією з найстаріших груп антибіотиків, які діють шляхом порушення синтезу білка та утворення дефектних поліпептидів у зовнішній мембрані бактеріальної клітини. Спектр дії цих антибіотиків достатньо широкий, тому аміноглікозиди протягом тривалого часу вважалися необхідними при лікуванні інфекційного ендокардиту, викликаного різними збудниками. Так як, аміноглікозиди є доволі агресивними антибіотиками, з великою кількістю побічних реакцій, тому при їх застосуванні є високий ризик розвитку ниркової недостатності, особливо у дітей і осіб похилого віку.

Мета: узагальнити докази на підтримку зменшення або навіть уникнення використання аміноглікозидів для лікування інфекційного ендокардиту. Також проаналізовано дані, що підтверджують використання аміноглікозидів у певній підгрупі пацієнтів з інфекційним ендокардитом.

Матеріали та методи: проведено аналіз даних статей PubMed, MedScape, Scopus до липня 2022 року для виявлення відповідних досліджень.

Результати: останні європейські рекомендації скоротили показання до використання аміноглікозидів при інфекційному ендокардиті, більше не рекомендують призначати аміноглікозиди при інфекційному ендокардиті нативного клапана, який викликаний збудником *Staphylococcus aureus* або скоротити прийом антибіотиків до 2 тижнів. Також не рекомендують призначати при інфекційному ендокардиті, який пов'язаний зі збудником *Enterococcus faecalis* і стрептококами з МІК (мінімальна інгібуюча концентрація) пеніциліну

>0,125 мкг/мл. Крім того, для *E. faecalis* пропонується альтернативна схема без використання аміноглікозидів (Ампіцилін або Амоксицилін + Цефтріаксон). Обсерваційні дослідження показали, що Гентаміцин непотрібний у випадку стафілококового ендокардиту протезованого клапана, якщо призначений Рифампіцин. Недавні клінічні дослідження показали, що при стрептококовому інфекційному ендокардиті Гентаміцин можна обмежити ізолятами з МІК пеніциліну >0,5 мкг/мл. Для емпіричного та остаточного лікування інфекційного ендокардиту, викликаного *E. faecalis* можна розглянути запропоновану вище схему (Амоксицилін або Ампіцилін + Цефтріаксон), незалежно від високого рівня резистентності до аміноглікозидів.

Висновки: отже, внаслідок прогресуючого збільшення виникнення захворювання інфекційного ендокардиту, використання аміноглікозидів бажано зменшити або уникнути в ~90% випадків. Дані антибіотики більше не рекомендовані при інфекційному ендокардиті, асоційованому зі стафілококом, через відсутність ефекту від фармакотерапії, а також підвищену нефротоксичність у пацієнтів різних вікових груп.

С.О.Сазонова, Д.О.Чайка
ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ХОЛОДОВОЇ ТРАВМИ

Кафедра фармакології
І.В. Таран (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: холодова травма (ХТ) - це пошкодження, яке виникає внаслідок дії низької температури навколишнього середовища протягом певного проміжку часу, що призводить до пониження загальної температури тіла нижче 33-35⁰ С. Симптоми холодової травми поділяються на локальні та загальні ознаки, які по-різному проявляються у чоловіків та жінок. На сьогодні холодкові травми вражають як цивільне населення, так і військових. Щозими в Україні реєструють тисячі випадків холодкових травм, близько 90% постраждалих підлягають госпіталізації. Серед цивільного населення групи ризику ХТ – це люди похилого віку, діти, безхатьки, люди в стані алкогольного сп'яніння, альпіністи, рятівники та ін. Серед військових це контингент (чоловіки та жінки), що довгий час знаходяться в окопах в умовах високої вологості та низької температури. На сьогодні відсутні дані щодо статевих відмінностей перебігу ХТ, що утруднює надання персоніфікованої допомоги таким постраждалим.

Мета: визначити динаміку температури тіла щурів після перенесення експериментальної гострої холодової травми, оцінити зміни поведінкових реакцій на моделі «відкрите поле»

Матеріали та методи: досліди проведені на 40 статевозрілих білих нелінійних щурах різної статі. Для відтворення ХТ щурів поміщали в пластикові бокси на 2 години при температурі -18⁰С. Температуру тіла вимірювали ректально до ХТ та кожні 20 хвилин після, до її нормалізації. Оцінювали: загальний стан, поведінкові реакції в тесті «відкрите поле».

Результати: при оцінці загального стану щурів виявлено, що самки щурів після холодової травми були менш загальмованими, спостерігалось значне тремтіння, неспокій. Самці – навпаки, були більш загальмованими і малорухливими. У «відкритому полі» зниження вертикальної та горизонтальної активності у самців було більшим в порівнянні з самками і становило відповідно: -89.4 та 76.9 %, відповідно, проти -76,4 та -65,8 % відповідно, у самок. Однак через 20 хвилин після ХТ, відновлення нормальної вертикальної та горизонтальної активності у самок щурів відбувалось швидше і вже через 40 хвилин вірогідно не відрізнялись від показників до ХТ. При вимірюванні температури тіла у щурів обох статей виявилось, що температура тіла самок щурів до перенесеної ХТ перевищує температуру тіла самців на 5,29%. Після холодової травми температура щурів обох статей вірогідно знизилась, хоча у самок зниження температури було більш виразним. Середня температура тіла у самок становила 34,2±0,7 ⁰С проти 35,5±0,4 ⁰С у самців. При дослідженні динаміки відновлення встановлено,

що у щурів жіночої статті відновлення відбувалось швидше, і вже на 40 хвилині температура поверталась до вихідних значень. Натомість у самців щурів показники температури відновлювались лише на 60 хвилину спостереження.

Висновки: проведені дослідження демонструють статевий диморфізм у відповіді на холододу травму у щурів, а також визначають особливості поведінки самців і самок під впливом холоду.

Л. О. Сахнюк

ФАРМАКОТЕРАПІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Кафедра фармакології

Г. І. Степанюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними ВООЗ, у 4-8% вагітних зустрічається гіпертензивний синдром, який може призвести до ускладнень перебігу вагітності та потребує профілактики і лікування. Відомо, що гіпотензивні препарати даній категорії жінок призначають з обережністю, адже побічні ефекти цих препаратів можуть викликати серйозні наслідки, які загрожуватимуть здоров'ю матері й плода. Тому лише невелика кількість гіпотензивних засобів дозволена при вагітності. Лікарі мають чітко знати та розуміти всі позитивні і негативні аспекти використання даної групи ліків, щоб профілакувати розвиток ускладнень, правильно обираючи препарат.

Мета: на підставі аналізу літературних даних визначити гіпотензивні засоби, що найбільш безпечні вагітним з артеріальною гіпертензією (АГ), а які протипоказані

Матеріали та методи: було опрацьовано наукові статті з журналів, дослідження останніх років на інтернет-порталі PUB.MED, Wiley Online Library.

Результати: гіпотензивні препарати – це препарати, що здатні знижувати системний артеріальний тиск (АТ) і застосовуються, у лікуванні та профілактиці АГ. Останні дослідження цих засобів показали, що основними у виборі лишаються такі препарати як Лабеталол, Метилдопа, Ніфедипін. Це пов'язано з їх механізмом дії та мінімальними побічними ефектами. Також накопичення цих препаратів не виявлено у плода. MgSO₄, Ебрантил та Гідралазин використовують при гіпертонічному кризі. У Китаї 2020 р. було проведено дослідження, в якому брали участь вагітні з гіпертонічною хворобою. За його даними вчені дійшли висновку, що Лабеталол, за рахунок подвійного механізму дії, дозволяє контролювати АТ, зменшувати периферичний опір судин, не чинить значного впливу на серцевий ритм або електролітний баланс матері та здатен знижувати рівень протеїнурії у хворих з преєклампсією. Мінусом у використанні цього препарату є раптове падіння тиску у разі різкої зміни положення тіла. Діуретики можна застосовувати, але лише в комбінації з іншими препаратами. При цьому певні групи цих засобів протипоказані вагітним жінкам, через їх негативний вплив на здоров'я матері і плода. іАПФ, блокатори реніну і рецепторів до ангіотензину2 є препаратами, які обирають в крайньому разі, через можливість викликати розвиток тяжких ускладнень вагітності.

Висновки: в останні роки є тенденція до підвищення використання Лабеталолу при лікуванні АГ у вагітних. Для надання невідкладної допомоги в умовах еклампсії в/в вводять 20 мл 25% MgSO₄ або 4 мл 0.5% Лабеталолу. В період преєклампсії найбільш безпечними є блокатори кальцієвих каналів (Ніфедипін), периферичний вазодилататор Гідралазин та α_1 -адреноблокатор Ебрантил. Діуретики, іАПФ, блокатори реніну і рецепторів до ангіотензину2 є препаратами, які можуть бути використані, але в останню чергу.

Б.Я. Скиба, В.В. Токарчук
СЕРЙОЗНІ ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНІ З ФТОРХІНОЛОНАМИ ТА КОЛАГЕНОМ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
О.О. Яковлева (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: антибіотики групи фторхінолонів використовуються протягом кількох десятиліть і є ефективними протимікробними засобами. Незважаючи на їх корисність як антибіотиків, у рецензованій літературі накопичується все більше доказів того, що фторхінолони можуть спричиняти патологічні ураження сухожильної тканини (тендинопатія). Ці небажані лікарські реакції можуть виникнути протягом годин після початку лікування та місяців після припинення використання цих препаратів.

Мета: зрозуміти ризик розвитку ускладнень при прийомі фторхінолонів та проаналізувати статистичні дані наукових статей.

Матеріали та методи: аналіз статей із бази Pub.MeD.gov за 2017-2021 рр, Google Scholar (Гугл Академія) за 2013-2019 рр, MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Allied and Complementary Medicine Database (AMED) і SPORTDiscus доступні звіти про тендинопатії, пов'язані з фторхінолонами (тендиніт, біль або розрив сухожиль), опубліковані з 1966 року до 2012 р.

Результати: дослідження, проведені у різні проміжки часу, розрізняються за структурою, методологією, числу обстежуваних, тому виявили різні показники результатів. Вісім досліджень було розцінено як дослідження високої якості, у п'яти роботах спеціально вивчалися розриви Ахіллової сухожилки. Крім того, в трьох дослідженнях вивчалися пошкодження Ахіллової сухожилки і ще в 3 – ураження сухожилків (включаючи розриви будь-якого сухожилля). У 5 дослідження встановлено, що пацієнти, які приймають фторхінолони та глюкокортикостероїди всередину, мають підвищений ризик розвитку ушкоджень сухожилків у порівнянні з особами, які отримують лише фторхінолони. Найбільш переконливе – популяційне поперервне когортне дослідження відбулось в Онтаріо, Канада. Учасники, яким виповнилося 65 років у період з 1 квітня 1997 року по 31 березня 2012 року, спостерігали до первинного результату, смерті або завершення спостереження (31 березня 2014 року). Призначення фторхінолонів вимірювали як змінну в часі, при цьому пацієнтів вважали групою ризику під час і протягом 30 днів після курсу лікування. Серед 1 744 360 відповідних пацієнтів 657 950 (38%) отримували принаймні один фторхінолон під час спостереження, що становило 22 380 515 днів лікування. У пацієнтів було 37338 (2,1%) розривів сухожиль, 3246 (0,2%) відшарувань сітківки та 18391 (1,1%) аневризми аорти.

Висновки: отже, у деяких випадках прийом фторхінолонів може призвести до серйозних побічних реакцій, пов'язаних з колагеном: вони визначені як розриви сухожилків, відшарування сітківки та розриви аневризми аорти, особливо в поєднанні з призначенням препаратів з групи глюкокортикостероїдів.

К.М. Скорук, Я.А. Чорновіл, Д.М. Романішина, В.М. Денісова
БЕЗПЕКА ВЖИВАННЯ ІАПФ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
Т.М. Маслоїд (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: артеріальна гіпертензія - одне із найпоширеніших хронічних захворювань у світі: загальна поширеність на 2015 рік складала близько 30-45%, а в осіб віком старше 60

років більш ніж 60%. Згідно зі стратегією щодо боротьби з неінфекційними захворюваннями в число цілей входить скорочення поширеності АГ на 25% до 2025 року, порівняно із 2010 роком, але експерти прогнозують подальше зростання АГ. Провідним механізмом АГ є активація РААС, одним з основних гормонів якої є ангіотензин II. Саме блокатори РААС є провідними фармакологічними засобами, без яких неможливо уявити терапію серцево-судинних захворювань, в тому числі артеріальної гіпертензії.

Мета: дослідження безпеки вживання іАПФ у хворих на бронхіальну астму та їх порівняння з альтернативними інгібіторами РААС в даній когорті пацієнтів.

Матеріали та методи: обстежено дві групи пацієнтів. Група 1 складалася з 21 пацієнта віком від 40 до 68 років, середній вік 52,3 роки, з них 12 жінок (57,14%) і 9 чоловіків (42,86%), які отримували лізиноприл 10 мг/добу. З 21 пацієнт- 14 (66,6%) з контрольованою персистою БА 7 (33,3%) з алергічним ринітом. Група 2 - 14 (100%) пацієнтів з контрольованою персистою астмою, віком 40-68 років, середній вік 52,3 роки, з них 10 чоловіки (71,4%) та 4 жінки (28,6%), які отримували еналаприл 10 мг/добу. В обох групах проводили анкетування та спірометрію до та через 2, 4 і 12 тижнів після початку лікування. Протягом періоду дослідження всі пацієнти отримували основне лікування астми (ІГКС та β2-агоністи тривалої дії).

Результати: у групі 1 вісім пацієнтів (38,09%) мали кашель, з них семеро - астму (50,0%) і один - алергічний риніт (14,28%). Спірометрія показала загострення у 1,08% астматиків після 2 тижнів лікування, які повернулися до вихідного рівня через 12 тижнів. Повернення до вихідного рівня через 12 тижнів. Коливання показників спірометрії у пацієнтів з алергічним ринітом були в межах 0,58%. У групі 2 у 3 пацієнтів (50%) спостерігався кашель, коливання показників спірометрії становило 1,28% через 2 тижні лікування та 0,63% зниження від вихідного рівня через 12 тижнів.

Висновки: кашель досить часто виникає при застосуванні інгібіторів АПФ. Кашель не потребує відміни препарату і в більшості випадків регресує до 12-го тижня. Інгібітори АПФ відносно безпечні для пацієнтів з астмою і можуть застосовуватися як частина базової терапії астми.

К. В. Спрут

НОВІ ПРЕПАРАТИ В ЛІКУВАННІ МІГРЕНІ

Кафедра фармакології

О. М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: проблема терапії мігрени – одна з актуальних проблем сучасності, оскільки це одне з найпоширеніших неврологічних захворювань (близько 15% населення), яке призводить до інвалідизації. При цьому попри наявні методи лікування, спрямовані на купірування нападу болю та профілактику його виникнення, ефективність допомоги є недостатньо високою. Тому пошук шляхів подолання даної патології не викликає сумнівів.

Мета: висвітлити особливості фармакотерапії мігрени та перспективи її лікування.

Матеріали та методи: опрацювання публікацій з даної тематики у фаховій літературі та інтернет-джерелах.

Результати: отже, засобами першої лінії купірування нападу мігрени є НПЗП (Ібупрофен, Асприн, Диклофенак калію), Парацетамол та противіомотні засоби за потреби (Домперидон, Методклопрамід). Друга лінія представлена триптанами – активатори серотонінових рецепторів 5HT_{1b}, 5HT_{1d}, (Суматриптан, Золмітриптан, Наратриптан, Ризатриптан). В якості третьої лінії рекомендований представник групи дитанів Ласмідитан – агоніст серотонінових рецепторів 5-HT_{1F}. Для профілактичної терапії застосовують β-адреноблокатори (Пропранолол, Метапролол, Ббісопролол), Топірамат і Кандесартан як першу лінію, і

Вальпроат натрію, Амітриптилін, Флунаризин як другу. Незважаючи на таку кількість препаратів з доказовою базою для лікування даної патології, за даними літератури, лише для 12% хворих превентивна терапія сягає достатнього рівня.

Тому продовжується активний пошук більш ефективних засобів. Так, новою мішенню став кальцитонін-ген-зв'язаний пептид (Calcitonin Gene-Related Peptide - CGRP), рівень якого суттєво підвищується при мігрені. Він включається в патофізіологічні процеси розвитку захворювання: дилатація судин мозку, передача ноцицептивної інформації з інтракраніальних судин до нервової системи, вивільнення прозапальних медіаторів з опастих клітин. Так, на сьогоднішній день третя лінія терапії гострого нападу доповнена гептанами - антагоністами рецепторів CGRP (уброгепант і римегепант). Ще однією групою препаратів, дія яких спрямована проти CGRP, є препарати моноклональних антитіл, які, як відомо, є представниками таргетної терапії. Так, фреманезумаб, галканезумаб, ептинезумаб зв'язують сам пептид, а еренумаб селективно блокує рецептори до нього. Ці препарати стали третьою лінією превентивно лікування. Вони знижують на 50% кількість середньомісячних днів головного болю порівняно з базовими препаратами. Їх перевагою є можливість застосування 1 раз на 2-5 тижнів та суттєво менший спектр побічних ефектів (особливо вплив на серцево-судинну систему). Відсутність метаболізму в печінці дає змогу уникати зміни біотрансформації інших лікарських засобів у випадку комплексної терапії. Недоліком може стати їх імуногенність – формування власних антитіл до терапевтичних, призводить до зменшення ефективності засобу.

Висновки: отже, подальший пошук і застосування нових анти-CGRP препаратів є перспективним, оскільки розширює можливості превентивного лікування мігрені та дасть змогу суттєво поліпшити якість життя хворих.

К.П. Степанець

АГОНІСТИ РЕЦЕПТОРІВ ГЛЮКАГОНОПОДІБНОГО ПЕПТИДУ-1 В ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Кафедра фармакології

І.В. Таран (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: сьогодні у світі нараховується близько 422 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД), а згідно з прогнозами Міжнародної діабетичної федерації, до 2035 р. будуть хворіти 592 млн осіб. Цукровий діабет 2 типу - це найбільш поширений тип захворювання, який зустрічається у 85-90% хворих. Дослідження понад мільйона дорослих із ЦД 2 типу в США показало, що 78% мали ожиріння або надмірну вагу, 24% - хронічну хворобу нирок і 22% - серцево-судинні захворювання. Тому необхідним є пошук і призначення лікування, яке буде враховувати ці ускладнення.

Мета: провести аналіз наукової літератури щодо препаратів агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1), їх ефективності в лікуванні цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій баз PubMed., médecine/sciences, the Lancet та інших, наукових видань на цю тему.

Результати: відповідно до сучасних клінічних рекомендацій, для покращення якості лікування пацієнтів із ЦД 2 типу та супутніми серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) і хронічною хворобою нирок (ХХН) доцільно застосовувати протидіабетичні препарати, що забезпечують зниження кардіоренального ризику. За даних умов рекомендується призначити арГПП-1. До них належать: ексенатид («Баста»), дулаглутид («Трусіліті»), семаглутид («Оземпик»), ліраглутид («Віктоза»). АрГПП-1 застосовуються ін'єкційно, і лише препарат семаглутид – перорально. Їх можна розділити на дві групи: короткої дії, що потребують

введення 1-2 рази на день (ексенатид та ліраглутид) та тривалої дії, які вводяться 1 раз в тиждень (пролонгований ексенатид, дулаглутид, семаглутид і тирзепатид). АрГПП-1 посилюють глюкозалежну секрецію інсуліну та пригнічення глюкагону, уповільнюють спорожнення шлунку, стримують постпрандіальну гіперглікемію та знижують апетит, масу тіла. АрГПП-1 забезпечують відчуття насичення, сприяючи зменшенню споживання їжі. Ці препарати не тільки знижують рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), а і зменшують ризик виникнення тяжких небажаних серцево-судинних подій у хворих на ССЗ, а також ХХН (якщо лікування інгібіторами натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу протипоказане). В 2022 р. FDA було схвалено застосування препарату тирзепатид («Мунджаро»). Він став першим подвійним агоністом рГПП-1 та глюкозозалежного інсулінотропного поліпептиду, який більш ефективно знижує рівень HbA1c, зменшує ймовірність макроальбумінурії та надзвичайно дієвий як терапевтичний засіб від ожиріння. Серед побічних ефектів описані диспептичні явища, проте результативність препарату проти цукрового діабету та ожиріння дуже висока, що підтверджують численні дослідження.

Висновки: АрГПП-1 є препаратами, що рекомендуються як стартова ін'єкційна терапія ЦД 2 типу у зв'язку із високою ефективністю та наявністю низки вагомих переваг: покращення глікемічного контролю у пацієнтів, кардіопротекторна та ренопротекторна дія, вони не спричиняють збільшення маси тіла чи значної гіпоглікемії. Також АрГПП-1 були визнані ефективними для схуднення у пацієнтів з ожирінням з діабетом і без нього.

Е.В. Товмасьн, С.О. Іванов

ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКІВ НА ПРИКЛАДІ СТВОРЕННЯ «АНАЛГЕЗУЮЧИХ КОКТЕЙЛЕЙ» ДЛЯ МІСЦЕВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

К.В. Півторак (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: використання аналгезуючих коктейлей для проведення місцевих оперативних втручань є актуальною темою сьогодення, адже використання загального знеболення має свої недоліки та протипоказання. Наша робота присвячена аналізу та доведення ефективності використання коктейлю, в основі якого знаходяться такі активні речовини, як лідокаїн (Л) (місцевий анестетик), дексаметазон (Д) (глюкокортикостероїд), адреналін (А) (природний гормон), натрію бікарбонат (Н). Сукупність даних препаратів у правильному дозуванні мають ефект потенціювання, що подовжує ефект знеболення ділянки оперативного втручання, що полегшує роботу лікаря та післяопераційний період хворого.

Мета: метою нашої роботи є аналіз та доведення ефективності використання аналгезуючого коктейля з ефектом потенціювання для подовження знеболюючого ефекту в ділянці хірургічного втручання.

Матеріали та методи: наукові медичні публікації, статті, інтернет ресурси та результати власних розробок та клінічних випадків.

Результати: основним знеболюючим препаратом нашого коктейлю є місцевий анестетик лідокаїн, що належить до мембраностабілізуючих засобів групи амідів, який блокує потенціалзалежні Na-канали, що перешкоджає утворенню імпульсів у закінченнях чутливих нервів і проведенню їх по нервовим волокнам. При потребі лідокаїн можна замінити на новокаїн. Наступним компонентом запропонованого коктейлю являється дексаметазон, який належить до групи глюкокортикостероїдів, його основна роль полягає саме у продовженні ефекту знеболення, що є ефектом потенціювання. Позитивний ефект від комбінації лідокаїну та дексаметазону описано у роботах іноземних лікарів-дослідників. Однократне застосування суміші нівелює можливі побічні ефекти дексаметазону. У наш коктейль також входить доволі

важливий компонент епінефрин, який є природним гормоном, що виділяється мозковою речовиною наднирників. Саме використання адреналіну, який викликає судинозвужуючий ефект, дає можливість проводити місцеве оперативне втручання майже без кровотечі. Також поєднання лідокаїну з дексаметазоном та адреналіном зменшує ризик виникнення анафілактичної реакції у пацієнта. Останнім компонентом нашого коктейлю є натрій бікарбонат, завдяки якому нейтралізується місцевий ацидоз, внаслідок чого дія анальгезуючого препарату не буде нівелюватись. За даними літератури та проведених доклінічних досліджень іноземних авторів фізико-хімічна взаємодія між компонентами відсутня, але ми плануємо в подальшому порівняти ефективність і безпеку використання окремого введення кожного компоненту суміші з введенням суміші в одній ін'єкції.

Висновки: використання принципів взаємодії лікарських засобів в клінічній практиці дозволяє підвищити ефективність застосування ліків та уникнути небажаний лікарських явищ.

А.В. Ус, В.С. Волкотруб

АНАЛІЗ ЕКЗИПЄНТІВ В НОВІТНІХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ

Кафедра фармації

Г.І. Крамар (к.фарм.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день застосування біологічних ліків є новітнім методом у лікуванні багатьох важких хронічних хвороб. Діючі речовини даних ліків мають білкову природу, тому є дуже нестабільні поза природним біохімічним середовищем. Незважаючи на широку номенклатуру допоміжних речовин, стабільність і збереження даних ліків становлять значну проблему, так як біологічні препарати потребують більш детальнішого підбору екзипієнтів, ніж синтетичні ліки з низькою молекулярною масою.

Мета: провести порівняльний аналіз допоміжних речовин в ліках біологічного походження.

Матеріали та методи: Мета-аналіз, ретроспективний аналіз відомостей наукових баз даних PubMed, Elsevier, системний аналіз, групування.

Результати: біологічні лікарські засоби поділяються на вісім різних типів: моноклональні антитіла, кон'югати антитіл, ферменти, цитокіни та фактори росту, поліпептидні гормони, легеневі сурфактанти, рекомбінантні злиті білки та токсини. Найпоширенішими категоріями допоміжних речовин в біологічних ліках є буферні агенти (84,63%), поверхнево-активні речовини (56,17%), ліопротектори (52,39%), агенти для підвищення тонуусу (32,49%) та агенти для регулювання рН (23,93%). Загальними допоміжними речовинами для всіх типів молекул у оригінальних композиціях були фосфат натрію (39,04%), полісорбат 80 (32,49%), хлорид натрію (32,24%), сахароза (23,68%) і гідроксид натрію (20,15%). Фосфат натрію, як буфер найчастіше зустрічався в розчинах для в/м введення, а полісорбат 80, як поверхнево активна речовина у складі кон'югату антитіла у формі в/в розчинів. Хлориду натрію як тонізуючий агент та гідроксиду натрію, який додають для регулювання рН було відзначено у складі моноклонального антитіла що вводиться в/в, в/м. Сахароза виконує роль ліопротектора, часто зустрічалась у композиціях моноклональних антитіл, у вигляді в/в та в/м розчинів. Поширеним буферами були гістидин, лимонна кислота, цитрат натрію та ацетат натрію, так як фосфат натрію має кілька важливих обмежень у застосуванні. В якості ліопротекторів також використовують трегалозу, маніт і гліцин. Серед інших груп допоміжних речовин зустрічалися сольобілізатори у композиціях усіх тип молекул, поширеним представником був альбумін. Консерванти такі як метакрезол та фенол, були виявлені у складі препаратів з поліпептидними гормонами, ферментами, цитокінами та у лікарських формах факторів росту. Цинк і протамін сульфат додані як стабілізатори до інсуліну та входили до складу комплексів що контролюють тривалість дії.

Висновок: незважаючи на численні категорії допоміжних речовин, набір екзипієнтів для біологічних препаратів є обмежений. Водночас, враховуючи швидкі темпи білкової інженерії, ми помітили терапевтичні копозиції з новими стабілізаторами та певними, унікальними екзипієнтами. Амінокислоти, ліопротектори та солюбілізатори дають змогу забезпечити гнучкий транспорт, зручне зберігання та використання в різноманітних умовах навколишнього середовища. Що в свою чергу буде запорукою високого комплаєнсу.

Ю.М. Федорович, Д.П. Мартинюк
NOACS: НОВИЙ КЛАС ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИКОАГУЛЯНТІВ
Кафедра фармакології
О.В. Грималовська (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: лікування антикоагулянтами є надзвичайно важливим і часто зустрічається в терапії різноманітних серцево-судинних та хірургічних захворюваннях. NOACs (non-vitamin k antagonist oral anticoagulant), широко відомі як прямі пероральні антикоагулянти і швидко стали чудовою альтернативою стандартному лікуванню. Недавні дослідження свідчать, що використання NOAC різко зросло через профіль безпеки, зручність використання та менші ускладнення, на відміну від традиційних антикоагулянтів.

Мета: вивчити та оцінити переваги використання NOAC

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій у базах даних: Scopus, Web of Science, PubMed, Google Scholar

Результати: NOAC проявляють свій антикоагулянтний ефект через два різні молекулярні механізми: інгібування фактора IIa (дабігатран) та інгібування фактора Xa (апіксабан, едоксабан, ривароксабан). Внаслідок зворотнього інгібування Xa факторку, як прямого так і зв'язаного, порушується перетворення протромбіну в тромбін. Тромбін є сериною протеазою, яка каталізує перетворення факторів V, VIII і XI в їх активовані форми та перехід фібриногену у фібрин, що завершує процес згортання крові. Таким чином, порушуються зовнішні та внутрішні механізми коагуляційного каскаду. Інший механізм проявляється в інгібування фактора IIa, шляхом зв'язування з активним центром на молекулі тромбіну, що порушує утворення фібрину та сповільнює процес зсідання крові.

Застосування NOAC подовжує тривалість тромбопластинового та тромбінового часу, які є відомими коагуляційними маркерами, що, в свою чергу зумовлює високий спектр використання цих препаратів. Зокрема, NOAC використовуються для профілактики венозних тромбоемболій, інсульту та системної емболії у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, ІХС, для лікування тромбозу глибоких вен і тромбоемболії легеневої артерії, попередження тромбозів після хірургічного ендопротезування.

Висновки: NOAC- є провідними альтернативними препаратами, які надають як клініцистам так і пацієнтам більш ефективні, безпечні та зручні варіанти лікування завдяки ряду переваг над антагоністами вітаміну К, а саме:

1. Мають швидкий початок та припинення дії, а також контрольований ефект, що зменшує ймовірність виникнення кровотечі.
2. Зменшують потребу в регулярному моніторингу згортання крові.
3. NOACs мають фіксовані щоденні пероральні дози.
4. На дію NOAC не впливає споживання їжі. Отже, пацієнту не потрібно встановлювати будь-які дієтичні обмеження
5. Мають специфічні мішені для ферментів коагуляції, тому нецільові побічні ефекти майже відсутні.
6. Мають мінімальну взаємодію з іншими препаратами, що дозволяє одночасне введення інших препаратів разом із NOAC, на відміну від антагоністів вітаміну К.

Т.В.Шевчук, М.В.Сірик
ВПЛИВ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МАСУ ТІЛА

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

К.В. Півторак (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: зростання епідемії цукрового діабету (ЦД) та його ускладнень у всьому світі ставить перед сучасною медициною завдання підвищення ефективності та безпечності лікування цієї хвороби. Одним із ключових аспектів лікування ЦД є контроль рівня глюкози в крові. Однак, на більшість пацієнтів з ЦД також впливає маса тіла та проблеми з вагою. Загальновідомо, що зниження маси тіла може сприяти поліпшенню глікемічного контролю та зменшенню ризику ускладнень ЦД. Саме тому, визначення впливу цукрознижувальних препаратів на масу тіла є важливим аспектом в розробці плану лікування для пацієнтів з цукровим діабетом.

Мета: оцінити вплив цукрознижувальних препаратів на масу тіла пацієнтів з цукровим діабетом.

Матеріали та методи: у рамках комплексного лікарського обстеження було проведено дослідження антропометричних показників групі пацієнтів з ЦД різної вікової категорії, які проходять лікування на КНП «Вінницької обласної клінічної лікарні ВОР». КНП «Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру ВОР». Статистична обробка отриманих в результаті дослідження була виконана за допомогою програми «Statistica 5.5». Достовірність різниці між показниками визначали за U-критерієм Mann-Whitney. Під час дослідження було використано клінічні випадки з історій хвороб пацієнтів, аналіз іноземної, вітчизняної літератури та наукові медичні публікації.

Результати : Було виявлено, що інсулін та препарати похідні сульфонілсечовини, які є найбільш поширеними препаратами для лікування цукрового діабету, можуть бути пов'язані зі збільшенням маси тіла, через збільшення апетиту та зменшення чутливості до лептину, який контролює апетит та метаболізм. Дослідження показало, що препарати класу бігуанідів (Метформін) є інтактними до маси тіла. Але в поєднанні з інсуліном може призвести до збільшення маси тіла порівняно з призначенням лише інсуліну. Однак, в порівнянні з глібенкламідом, метформін був пов'язаний зі зниженням маси тіла. Пацієнти, які приймали препарати класу інгібіторів ДПП-4 (Янувія, Саксагліптин) та інгібіторів НЗКТГ-2 (Форксіга, Джардіс) та цукрознижуючі препарати класу агоністів рецепторів ГПП-1 (Ліраглутид, Ексенатид) відмічають зниження маси тіла в порівнянні з іншими цукрознижувальними препаратами.

Висновки: отже, вплив цукрознижуючих препаратів на масу тіла може бути різним та залежить від конкретної групи препаратів та індивідуальних характеристик пацієнта. Крім фармакологічних препаратів можуть впливати і інші фактори, такі як харчування, фізична активність та стиль життя загалом. Тому важливо розглядати цукрознижувальні препарати як один з багатьох факторів, які можуть впливати на масу тіла пацієнта.

А.А.Юссеф, М.О.Яременко
АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОРАНЕНИХ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Кафедра фармакології

І.В. Таран (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: у зоні бойових дій, де трапляються травми та поранення, надважливою задачею для військового медика є профілактика больового шоку. Найпоширенішими препаратами з швидкою та сильною знеболюючою дією є анальгетики. При важких

пораненнях часто використовують наркотичні препарати, при пораненнях середньої важкості – ненаркотичні засоби із сильною знеболюючою дією. Для отримання бажаного ефекту необхідно їх ін'єкційне застосування. Однак часто при евакуації поранених немає змоги виконати ін'єкцію, тому альтернативу можуть скласти препарати, які вводяться інгаляційно та володіють потужною анальгетичною дією. Вони не потребують особливих навичок введення, тому застосувати їх може кожен боєць самостійно. Прикладом такого препарату є метоксифлуран.

Мета: на основі даних з наукових баз проаналізувати досвід застосування інгаляційного анальгетика метоксифлурану, розширити знання про особливості застосування, ефективність, переваги, враховуючи їх необхідність у військовий час.

Матеріали та методи: огляд наукових досліджень, публікацій PubMed, презентації All Infographics by TMC, літератури Miller's Anesthesia (2015) та EMC з аналізом їхнього дослідження.

Результати: Метоксифлуран – єдиний відомий рідкий анестетик, введення якого відбувається за допомогою інгалятора. Він створює глибоку аналгезію, не викликаючи сонливості та втрату свідомості, пригнічення дихання чи кровообігу. Аналіз рандомізованого подвійного сліпого багатоцентрового плацебо-контрольованого дослідження із застосування Метоксифлурану для усунення травматичного больового синдрому у пацієнтів в відділеннях невідкладної допомоги, показав його ефективність та безпеку. Так, серед 300 пацієнтів (з яких 151 отримували Метоксифлуран і 149 - плацебо), середні показники болю (за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ)), зареєстровані на початку дослідження, були подібними до таких в групі метоксифлурану (64,8) і плацебо (64,0). Первинні результати ефективного зменшення больового відчуття за шкалою ВАШ на 5, 10, 15 і 20 хв, були вірогідно кращими в групі метоксифлурану (-23,1, -28,9, -34,0 і -35,0 відповідно) порівняно з групою плацебо (-11,3, -14,8, -15,5 і -19,0 відповідно). Найбільший ефект з'явився через 15 хвилин в групі Метоксифлурану. Результати показують, що загалом 126 пацієнтів (84,6%) у групі, яку лікували Метоксифлураном, відчули перше полегшення болю після 1-10 інгаляцій порівняно з 76 пацієнтами (51%) у групі плацебо.

Висновки: Метоксифлуран має низку переваг над парентеральними анальгетиками: швидкий та короткий ефект, мінімальна дія на свідомість, простота введення. Висока ефективність, доступність та зручність у використанні в умовах екстремальних ситуацій надає можливість полегшити процес надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі, особливо у військово-польових умовах.

МОЛОДІ ВЧЕНІ



YOUNG SCIENTISTS

R.O.Ivanov

THE INFLUENCE OF TOBACCO SMOKING ON SALIVATION AND THE STATE OF THE ORAL CAVITY

Department of therapeutic dentistry

V.V.Vakhovskyi (PhD, assistant)

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Vinnytsia, Ukraine

Relevance: Saliva is a secretion of salivary glands, which in the oral cavity is the main component of oral fluid. It performs many functions: digestion of food, formation of a lump, facilitating swallowing and speech. The protective function of saliva, the chemomechanical effect on bacteria and participation in the processes of mineralization and remineralization of enamel should be highlighted as a separate item. The absence of saliva or a decrease in its secretion leads to many problems: dry mouth, the development of inflammatory processes and fungal infections, periodontal tissue diseases and halitosis. Various factors can be the cause of hyposalivation. It is worth highlighting tobacco smoking, which affects the level of salivation.

The purpose: to assess the impact of tobacco smoking on the level and quality of saliva secretion.

Materials and methods: 15 patients who applied for diagnostic examinations at the Department of Therapeutic Dentistry took part in the study. The patients were between 18 and 30 years old, did not have salivary gland diseases and did not take pharmacological drugs. All patients were divided into two groups - main (smokers) - 8 people (average age 31 years) and control (non-smokers) - 7 people (average age 38 years). The amount of unstimulated saliva was measured for 5 minutes (from 9 to 11 in the morning). After that, the amount of unstimulated saliva for each patient was calculated in ml/min and the quality of saliva (color, consistency, transparency, viscosity) was evaluated.

Results: as a result of the study, the average values of unstimulated (Qns) saliva in ml/min were determined for smokers and non-smokers. The amount of saliva in patients of the main group - 0.41 ml/min, and in smokers - 0.47 ml/min. However, the obtained data had no statistical difference. It is worth noting the quality of saliva, which was liquid and fluid in the first group, and viscous and foamy in the second group. During the examination of the patients, it was also found that the oral hygiene condition worsened and the number of dental deposits in the studied main group was higher.

Conclusions: based on the results of the study, it can be concluded that smoking tobacco disrupts the function of the salivary glands, which is manifested in the quality of saliva. This, in turn, indirectly affects the state of oral hygiene and, as a result, increases the risk of various dental diseases, reduces the service life of restorations, and accelerates the progression of periodontal tissue diseases. The quantitative determination of saliva did not show a significant difference in the groups of subjects. But we attribute this to the fact that the group of smokers was younger. In addition, it is necessary to take into account the period of smoking and the number of cigarettes smoked.

M. O. Kalinichenko

A NEW FORMULA TO DESCRIBE CEREBELLAR SHAPE

Department of Histology, Cytology and Embryology

O. Yu. Stepanenko (M.D., prof.)

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

Actuality. Such features of the cerebellum as volume, patterns of the cerebellar cortex, linear measurements and their relations have been investigated in several studies. However, cerebellar shape and its variations have rarely been discussed.

The aim of this study is to investigate ratios of cerebellar measurements and its shape.

Materials and methods. The study was conducted on samples of cerebellum and adjacent brainstem without any pathologies. The samples were obtained from 50 human cadavers (25 males and 25 females) who died in age from 40 to 75 years. Cerebellar width (W), length (L) and height (H) were measured. To describe the shape of the cerebellum by the ratio of one measurement to the other two, three new parameters were proposed: relative width (RW), relative length (RL) and relative height (RH) of the cerebellum. Each relative parameter can be calculated by dividing its square on the multiplication of the other two measurements.

Results. The values of relative parameters were distributed by mean value and standard deviation into three groups: small (from minimum to M-S), medium (M±S) and big (from M+S to maximum) value areas. Cerebellum can be described by the values of relative parameters as: proportional, if the parameter lies in medium value areas; relatively wide, with big value of the RW (4,3 ÷ 5,2) or the opposite type – relatively narrow with small RW value (2,2 ÷ 3,1); relatively long, with big value of the RL (0,77 ÷ 0,9) or the opposite type – relatively short with small RL value (0,52 ÷ 0,6); relatively high, with big value of the RH (0,5 ÷ 0,63) or the opposite type – relatively low with small RH value (0,26 ÷ 0,32). According to the obtained data, 40% of cerebellums have medium values of each of the three parameters, 34% have medium values of two of the three parameters. Another 26% of cerebellums have only one parameter in range of medium values. Disproportionate forms were not found. Therefore, we obtained 15 different combinations of three relative parameters which describe cerebellar shape.

Conclusion. The obtained data will be used for the further morphological studies on the correlational relationships between the shape factors of the cerebellum and its other anatomical features. Our findings may also be valuable for the diagnosis of cerebellar diseases using MRI.

A.A. Overchuk

VASCULAR CELL ADHESION MOLECULE-1 ROLE IN BRONCHIOLITIS IN YOUNG CHILDREN

The Department of Pediatrics №1

N.I. Tokarchuk (Professor)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Topicality. Bronchiolitis of viral etiology is the most common severe respiratory infection in young children. Immune cells and molecular mediators, which are involved in the local inflammatory response in the respiratory tract under the influence of viruses or bacteria, play an important role in the pathogenesis of inflammation in bronchiolitis. In inflammation, leukocyte transport is regulated by the complex and coordinated actions of many molecular mediators, including chemokines, selectins, and cell adhesion molecules. One of these adhesion molecules is vascular cell adhesion molecule-1 (VCAM-1). The influence of an infectious factor increases the expression of this molecule on the respiratory epithelium by supporting leukocyte infiltration. Determining the level of VCAM-1 makes it possible to assess the degree of damage to the respiratory epithelium.

Purpose. Determination of the level of VCAM-1 in the blood serum in young children with bronchiolitis.

Materials and methods. The main group consisted of 32 children suffering from bronchiolitis with severe allergic anamnesis. The comparison group consisted of 34 children with bronchiolitis without severe allergic anamnesis. The control group consisted of 16 conditionally healthy children. The laboratory examination of children included determining the level of VCAM-1 in blood serum.

Results. During the study, it was established that the highest level of VCAM-1 in blood serum was noted in children of the main group with its average value (164.9 ± 1.1 ng/ml) and was significantly different from the value in patients with bronchiolitis as a comparison group (70.5 ± 1.12 ng/ml), as well as in the subjects of the control group (41.6 ± 1.32 ng/ml), ($p < 0.05$).

It should be noted that in the vast majority of children of the main group of 26 ($81.25 \pm 1.14\%$) examined, the level of VCAM-1 was elevated with its average value (247.7 ± 1.82 ng/ml), in the remaining 6 ($18.75 \pm 2.64\%$) of children this indicator was within the reference values (52.4 ± 1.34 ng/ml), ($p < 0.05$). As for the children of the comparison group, an elevated level of VCAM-1 was determined in 29 ($85.2 \pm 1.12\%$) children with its average value (88.3 ± 1.23 ng/ml), while in 5 ($14.8 \pm 2.41\%$), its level was within the normal range with an average value (46.1 ± 1.23 ng/ml). It is worth noting that in the children of the main group, who had an elevated level of VCAM-1 in blood serum, the average value of this indicator (247.7 ± 1.82 ng/ml) was significantly higher compared to the average value (88.3 ± 1.23 ng/ml) of children in the comparison group ($p < 0.05$).

Conclusions. The increased level of VCAM-1 in young children with bronchiolitis can be considered as a marker of endothelial dysfunction.

S. Suchok

TRIGGERS OF ABDOMINAL PAIN IN PAEDIATRIC DIABETIC KETOACIDOSIS

Department of Paediatric Surgery

O.G. Yakymenko (Cand.Med.Sc., assoc.prof.)

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Vinnytsia, Ukraine

Background: The prevalence of pediatric DKA surges in the setting of the COVID-19 pandemic according to a recent meta-analysis (Alfayez O.M. et al., 2022). This life-threatening complication often manifests with GIT symptoms and abdominal pain in children. The role of ketones bodies and acute gastroparesis triggering acute abdominal pain remains under discussion.

Aim: To compare the severity of DKA and the prevalence of abdominal pain in T1DM children.

Materials & Methods: Forty-seven children admitted to the ICU of CNE "Vinnytsia Regional Clinical Highly Specialized Endocrinology Center of VRC" from 2016 to 2021 met criteria of DKA ($\text{pH} < 7.30$; blood sugar ≥ 11 mmol/L; urine ketones $> ++$). The patients were divided into two groups: group 1 - with abdominal pain ($n=13$) and group 2 - without abdominal pain ($n=34$). The severity of DKA was evaluated according to the ADA grading system (2001): mild ($\text{pH} - 7.30-7.25$; moderate - $7.24-7.00$; severe - < 7.00). P-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: Mild DKA was observed in 47% (16/34) of children of group 2 and 31% (4/13) of group 1 ($p=0.3475$). Eight patients in group 2 (24%) suffered from moderate DKA in contrast to four participants (31%) in group 1 ($p=0.7129$). Severe ketoacidosis was confirmed in 29% (10/34) of group 2 and 38% (5/13) of group 1 ($p=0.2944$). Although there was no significant difference between both groups according to the grading system, the absolute pH level was lower in group 1 and ranged from 6.84 to 7.26 in comparison to group 1 - 6.91-7.29 ($p=0.0480$). Abdominal pain was associated with blood sugar levels of 21.17 ± 4.68 mmol/L, similar to patients without this symptom - 21.3 ± 6.98 mmol/L ($p=0.9514$). All the patients had urine ketones of 4(+) upon admission.

Conclusion: Patients with and without abdominal pain show a similar distribution of DKA severity. Lowering pH may trigger abdominal pain in pediatric DKA.

А.С. Баранова, Н.П. Півнюк
СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ МІСТА ВІННИЦІ
Кафедра ендокринології з курсом ПО
М.В. Власенко (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет 1 типу є найпоширенішою формою діабету у дітей і підлітків. Згідно даних Міжнародної діабетичної федерації, всього у світі нараховується 651 700 дітей і підлітків, які страждають на цукровий діабет 1 типу. Відповідно до рекомендацій Міжнародного товариства з діабету у дітей та підлітків (ISPAD) та Американської діабетичної асоціації (ADA), цільовий глікозильований гемоглобін (HbA1c) для молодих людей з діабетом повинен бути <7,0% за для профілактики розвитку хронічних ускладнень.

Мета: проаналізувати стан компенсації вуглеводного обміну, частоту вимірювання глікозильованого гемоглобіну у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, міста Вінниці.

Матеріали та методи: амбулаторні картки пацієнтів КНП «Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр ВОР».

Результати: станом на 2022 рік проаналізовано амбулаторні картки 316 дітей віком від 3 до 18 років, які перебувають на диспансерному обліку з приводу цукрового діабету 1 типу. Кількість дітей від 3 до 6 років становила 28 дітей (8,9%), від 7 до 11 років - 136 (43%) та від 12 до 18 років - 152 (48,1%). Серед дітей дошкільного віку 4 дитини (14,3%) контролювали HbA1c 1 раз на рік, показники високі. 8 дітей (28,6%) контролювали HbA1c 2 рази на рік: обидва показники були вище цільових рівнів. 8 дітей (28,6%) контролювали HbA1c 3 рази на рік: компенсація відсутня. 7 дітей (25%) контролювали HbA1c 4 рази на рік: протягом року показник не досяг цільового рівня. Серед дітей віком від 7 до 11 років 22 дитини (16,2%) контролювали HbA1c 1 раз на рік; 39 дітей (28,7%) - 2 рази на рік; 35 дітей (25,7%) - 3 рази на рік; 39 дітей (28,7%) - 4 рази на рік: протягом року спостерігалися нецільові показники HbA1c. Серед дітей віком від 12 до 18 років 30 дітей (19,7%) контролювали HbA1c 1 раз на рік, лише у 2 дітей показник відповідав цільовому рівню. 46 дітей (30,3%) контролювали HbA1c 2 рази на рік: лише 2 дитини досягли компенсації. 39 дітей (25,7%) контролювали HbA1c 3 рази на рік: при першій здачі 3 дитини досягли цільових показників HbA1c, при другій здачі 7 дітей були у стані компенсації, при третій здачі 5 дітей мали цільовий HbA1c. 34 дитини (22,4%) контролювали HbA1c 4 рази на рік: при першій здачі 4 дитини досягли цільових рівнів HbA1c, при другій здачі 7 дітей мали цільовий рівень HbA1c, при третій здачі лише 2 дитини досягли цільових показників HbA1c, при четвертій здачі лише 1 дитина знаходилась у стані компенсації.

Висновки: Майже всі пацієнти дитячого віку були в стані декомпенсації, що не залежало від частоти визначення глікозильованого гемоглобіну. Неналежний доступ до сучасних методів лікування діабету є значними перешкодами для досягнення цільових показників глюкози та оптимізації клінічних результатів.

А.В. Бронюк

ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА: КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Ю.М. Мостовой (д.м.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: функціональний стан нирок є одним із предикторів прогнозу серед пацієнтів з захворюваннями серцево-судинної системи. Зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) асоційовано з ранніми та пізніми ускладненнями гострого інфаркту міокарда (ГІМ).

Мета: визначити функціональний стан нирок у пацієнтів ГІМ та оцінити вплив зниженої ШКФ на перебіг захворювання

Матеріал та методи: проведено проспективне відкрите дослідження, у яке залучено 83 пацієнтів з ГІМ, котрі лікувались з приводу STEMI у відділенні для хворих на інфаркт міокарда КНП «ВРЦСП» м. Вінниці. Критеріями включення в дослідження були: Підписана інформована згода, чоловіки та жінки від 18 до 75 років з гострим Q-інфарктом міокарда, котрим проведена ургентна ревазуляризація, госпіталізація протягом 12 годин від початку больового синдрому. Середній вік обстежених становив $61,1 \pm 1,1$ рік. Серед обстежених чоловіків було 69 (83,1%), середній вік $59,5 \pm 1,0$ років, жінок було 14 (16,9%), середній вік $68,9 \pm 1,3$ років ($p=0,001$). Всім пацієнтам було виконано загальноклінічне обстеження, визначення маркерів запалення (СРБ), тропонін I, креатинін, розраховано ШКФ (СКД ЕРІ). Статистична обробка виконана на персональному комп'ютері з застосуванням пакету Statistica 7.0.

Результати дослідження: усіх обстежених розділено на дві групи: I група 61 пацієнт (73,5%), що мали ШКФ більше $60 \text{ мл/хв/1,73 м}^2$ та II група – 22 пацієнта (26,5%) з ШКФ менше $60 \text{ мл/хв/1,73 м}^2$. Рівень ШКФ становив $64,8 \pm 1,1 \text{ мл/хв/1,73 м}^2$ та був достовірно нижчим серед жінок, ніж чоловіків ($p<0,001$). Серед пацієнтів II групи середній вік був достовірно більшим: $67,5 \pm 1,2$ роки ($p=0,0007$), що характерно як в цілому в групі, так серед чоловіків та жінок. Найчастішими супутніми захворюваннями серед обстежених нами осіб були: артеріальна гіпертензія у 60 осіб (72,2%), що достовірно не відрізнялось серед чоловіків та жінок. Однак в II групі обстежених, достовірно більше було пацієнтів зі стажем артеріальної гіпертензії більше 5 років. Відмічається збільшення цукрового діабету серед пацієнтів II групи, достовірно більшим був стаж цукрового діабету серед пацієнтів II групи ($p=0,001$). В II групі достовірно частіше діагностовано пацієнти з фібриляцією передсердь, відповідно 3,2% в I групі та 10,5% в II групі ($p=0,005$). Серед пацієнтів II групи має місце тенденція до збільшення рівня лейкоцитів, глюкози, тропоніну I та С-реактивного пептиду.

Висновки: Функція нирок – один із обов'язкових скринінгів у сучасній медицині. Серед пацієнтів ГІМ після ЧКВ 26,5% мали ШКФ менше $60 \text{ мл/хв/1,73 м}^2$. Достовірно частіше ці пацієнти були старшого віку, достовірно частіше серед жінок, як чоловіки, так і жінки в цій групі були достовірно старшими. Серед пацієнтів із ШКФ менше $60 \text{ мл/хв/1,73 м}^2$ достовірно більше було осіб зі стажем АГ понад 10 років та стажем ЦД понад 10 років.

П.О.Бульба
**УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЯК ЕТАП
ПОКРАЩЕННЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І
СТАРЕЧОГО ВІКУ**

Кафедра загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти
М.Б. Данилюк (к.мед.н., доцент)
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м.Запоріжжя, Україна

Актуальність. На сьогодні лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) шляхом лапароскопічної холецистектомії є «золотим стандартом» та патогенетично охарактеризовано великою кількістю авторів. При цьому, не існує чітких критеріїв, що та коли необхідно використовувати, особливо це стосується пацієнтів похилого і старечого віку.

Мета: оцінити ефективність змін до передопераційної підготовки у пацієнтів похилого і старечого віку як етап покращення лікування у периопераційному періоді.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої цілі у дослідження включено 153 пацієнта похилого і старечого віку з ЖКХ, гострим холециститом. Усі пацієнти були розділені на дві групи. У групу порівняння включено 89 (58,2 %) хворих, які перебували на лікування в КНП МЛЕ та ШМД ЗМР з діагнозом ЖКХ, гострий холецистит. В даній групі лікування проведено згідно стандартів та клінічних протоколів даного лікувального закладу. До основної групи включено 64 (41,8 %) пацієнтів, лікування яких також проходило на базі КНП «МЛЕ та ШМД ЗМР. Але, у них було модифіковано передопераційну підготовку згідного алгоритму розробленого на кафедрі загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти.

Результати. Під час обстеження за допомогою УЗД черевної порожнини в групі порівняння ЖКХ, гострий холецистит без деструкції був виявлений у 7 (8,20 %), а в основній у 49 (76,6 %). Деструкція стінки жовчного міхура діагностовано у 16 (18,0 %) групи порівняння та у 15 (23,4 %) пацієнтів основної групи, $U = 2748$, $p = 0,5664$. Необхідність перебування пацієнтів у відділення інтенсивної терапії та пролонгованої ШВЛ виникла у 15 (16,9 %) групи порівняння, тоді як у основній групі лише у 2 (3,1 %) хворих, $U = 2457,00$, $p = 0,008$. Тривалість стаціонарного лікування у групі порівняння становила $10,9 \pm 2,5$ дня, в основній групі $8,3 \pm 2,3$ дня, $U = 1745,50$, $p < 0,0001$.

Висновки. Достовірність ефективності використання алгоритму передопераційної підготовки для пацієнтів похилого і старечого віку підтверджена покращення загального стану хворих у ранньому післяопераційному періоді, оцінена за допомогою шкали P-POSSUM, в основній групі $28,2 \pm 4,6$ та $31,1 \pm 7,8$ балів у групі порівняння, $U = 2219,00$, $p = 0,0201$. Стабілізація та дообстеження пацієнтів до проведення оперативного втручання забезпечили зниження тривалості ШВЛ: в групі порівняння 80,00 (70,00; 120,00) хв, в основній групі 63,00 (52,50; 75,00) хв, $U = 1316$, $p < 0,0001$. Використання алгоритму достовірно не вплинуло на тривалість передопераційної підготовки: в групі порівняння 26,00 (7,00; 27,00) годин, в основній групі 24,00 (21,00; 37,00) годин, $U = 2305,50$, $p = 0,0570$.

В.О. Власенко
**ВАРІАЦІЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДУЖЕ ПЕРЕДЧАСНО
НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №1
О.С. Яблонь (д. мед. н., проф.)
Вінницький Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Антенатальні гіпоксичні ураження нервової системи різного ступеня важкості призводять до запуску каскаду біохімічних реакцій з формуванням загального та місцевого запального процесу, ураження сірої та білої речовини незрілого головного мозку [D. Ophelders et al., 2020]. Діти, які виживають після передчасних пологів мають неврологічні дефіцити різного ступеню важкості, які проявляються у вигляді набряку головного мозку, внутрішньошлуночкових крововиливів (ВШК) та перивентрикулярної лейкомаляції (ПВЛ), які супроводжуються віддаленими несприятливими наслідками [P. Valdez Sandoval et al., 2019]. Тому, вивчення клінічних особливостей неврологічної патології передчасно народжених дітей має важливе медико-соціальне та економічне значення.

Мета: Встановити чинники ризику і поширеність неврологічної патології серед дуже передчасно народжених дітей.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективне дослідження, до якого було залучено 94 передчасно народжені дитини. Критерії включення: всі діти, народжені у терміні гестації <32 тижнів, маса тіла при народженні <1500 г. Ми оцінили анамнестичні дані, клініко-лабораторні показники та результати нейровізуалізуючих методів обстеження (нейросонографія).

Результати: Аналіз перинатальних чинників ризику показав, що переважна більшість дітей були народжені від матерів з передчасним розривом плодових оболонок (50,5 %), істинною цервікальною недостатністю (30,5 %), порушенням плацентарного кровообігу (12,6 %) та прееклампсією (10,5 %). Ми виявили тенденцію до зростання передчасно народжених дітей з масою тіла до 1500 г впродовж 2019-2021 рр, від 26,0 в 2019 р. до 38,0 в 2021 р. Середня маса тіла дітей при народженні становила 1180 ± 230 г, а термін гестації – $28,7 \pm 2,3$ тижні.

Переважна більшість дітей були народжені у важкій асфіксії. Аналіз особливостей неврологічної патології показав, що набряк головного мозку, без подальшого розвитку ВШК та ПВЛ зустрічався у кожного п'ятого новонародженого. Більше половини дітей мали ВШК різного ступеня складності. Важкі ВШК спостерігалися із частотою 6%, більше 80% з яких завершилися формування постгеморагічної вентрикулоділятації. ПВЛ діагностовано у 13 % дітей. Неонатальний період був ускладнений судомним синдромом у майже 15% дітей.

Висновки: Кожна п'ята передчасно народжена дитина з масою <1500 г мала важкі ВШК чи ПВЛ у неонатальному періоді, що обумовлює високий ризик формування інвалідизуючої патології у майбутньому та потребу у подальшій реабілітації.

К. В. Гавриленко
**ПРОГНОЗУВАННЯ КІЛЬКОСТІ СПОР ГРИБІВ ТА ПИЛКУ РОСЛИН З
ВИКОРИСТАННЯМ ТЕХНОЛОГІЇ НЕЙРОННОЇ МЕРЕЖІ**

Кафедра медичної біології, паразитології та генетики
О.Б. Приходько (д.б.н., доцент).

Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: Метод штучного інтелекту на основі нейронної мережі на сьогодні один з найбільш динамічних напрямків, що розвивається і використовується для вирішення багатьох задач в автономному режимі. На кафедрі медичної біології, паразитології та генетики працює лабораторія аеробіології, де розроблені та розробляються нові методи прогнозування, які дозволяють передбачити різке підвищення концентрації пилку алергенних рослин та спор грибів в атмосферному повітрі. Інформація доводиться до населення за допомогою сайту лабораторії аеробіології ЗДМУ та соціальних мереж.

Мета: Розробити нові методи прогнозування підвищення концентрації спор алергенних грибів в атмосферному повітрі та покращити профілактику алергічних захворювань шляхом завчасного попередження населення міста Запоріжжя.

Матеріали та методи: Аеробіологічний моніторинг проводиться на кафедрі медичної біології, паразитології та генетики ЗДМУ з використанням волюметричної пастки, прототипом якої була пастка Хірста. За основу прогнозування кількості спор у повітрі був використаний спосіб прогнозування пилку амброзії розроблений на кафедрі (Малєєва, 2017. Патент 115954 Україна).

Результати: Нейронна мережа складається з багаторівневої системи, яка включає нейрони першого та другого рівня. Перший рівень нейронів (Перцептрони 1) розглядають наявність залежності дії фактору від концентрації спор та пилку та дає одну з трьох відповідей: вплив негативний -1; вплив відсутній 0; вплив позитивний +1. Другий рівень (Перцептрони 2) визначають ступень дії фактору у вигляді коефіцієнту – при негативному впливу від 0 до 1, при позитивному – більше 1. На основі багаторічних спостережень вираховуються середні значення. Це значення буде відповідати рівню спор при відсутності різких змін погоди. Далі середні значення помножимо на коефіцієнти з Перцептронів 2 та отримаємо прогноз.

Висновки. Запропонований метод показав високу ефективність при прогнозуванні небезпечної аероалергенної ситуації на прикладі пилку амброзії. Подальший розвиток та доповнення прогнозу по іншим аероалергенам, в тому числі спор грибів, дозволить покращити профілактику алергічних захворювань шляхом завчасного попередження хворих.

Д. В. Гаврилюк, М. В. Шилівська

ХРОНІЧНИЙ ТАЗОВИЙ БІЛЬ – РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Н. П. Дзись (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Проблема хронічного тазового болю (ХТБ) досить поширена в сучасному суспільстві та зустрічається близько в 25% жіночого населення всього світу. Відомо, що близько 40% діагностичних лапароскопічних втручань та 17-20% усіх гістеректомій проводяться саме через наявність у пацієнток ХТБ.

ХТБ асоціюється з розвитком психоемоційних порушень, суттєво погіршує якість життя, призводить до значних економічних втрат через зниження продуктивності, зменшення кількості робочих днів та витрати на проведення діагностики і лікування, що підкреслює особливу актуальність цієї проблеми для кожного професіонала у сфері медицини.

Мета. Провести пошук і аналіз матеріалів щодо даної теми, зрозуміти причини та механізми розвитку ХТБ, висвітлити методи діагностики і лікування.

Матеріали і методи. Виконано огляд наукових публікацій, знайдених у пошукових базах (UpToDate, NLM, Pub Med, Google Scholar) та клінічних рекомендацій EAU, NICE, ISSVD, ACOG, RCOG за останні 5 років.

Результати. ХТБ - це хронічний або персистуючий (у тому числі циклічний у разі дисменореї) біль у ділянці таза, наявність якого відзначається протягом ≥ 6 місяців і асоціюється з розвитком негативних когнітивних, поведінкових, сексуальних та емоційних розладів. В МКХ-11 вперше включили хронічний біль та розділили його на первинний (розвиток якого не пов'язаний з наявністю основного захворювання) і вторинний (спричинений основним захворюванням).

Проаналізувавши інформаційні джерела, встановлено багатофакторний етіологічний чинник ХТБ, який включає гінекологічні, урологічні та гастроінтестинальні захворювання, м'язово-зв'язкові, кісткові, неврологічні, психосоціальні причини та соматичні розлади. Щодо патогенезу ХТБ, то існує три можливі теорії: ноцицептивна, запальна та невропатична.

Діагностичний алгоритм складається з ретельного збору анамнезу із застосуванням методів визначення сили болю самою пацієнткою, фізикального огляду та додаткових методів обстеження, включаючи лабораторні та інструментальні дослідження.

У менеджменті кожної пацієнтки застосовується індивідуальний підхід до вибору оптимального методу лікування із залученням мультидисциплінарної команди. У разі вторинного тазового болю провідним є лікування основного захворювання згідно діючих протоколів. Первинний біль може вимагати фармакологічного контролю з використанням безпечних знеболюючих і протизапальних препаратів та за необхідності - використання антидепресантів. Особлива увага приділяється застосуванню нефармакологічних методик корекції болю, а саме: психотерапевтичному лікуванню, фізіотерапевтичним методам, акупунктурі та технікам міорелаксації.

Висновки. ХТБ є виснажливим патологічним станом, який потребує ранньої діагностики та раціонального лікування. Багатогранність і складність даної проблеми вимагає подальших досліджень, удосконалення знань медичних працівників щодо даної теми та збільшення звернень пацієнток за медичною допомогою задля покращення якості життя якомога більшої кількості жіночого населення.

Ю.В.Галаган

ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРУКТУРНИХ ЗМІН ПЕЧІНКИ МОЛОДИХ ТА ЗРІЛИХ ТВАРИН ЗА УМОВ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ

Кафедра гістології

О.Є. Маєвський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вивчення вікових особливостей структурної організації печінки дає змогу визначити патогенетичні механізми розвитку захворювань, удосконалити методи їх діагностики та адекватного лікування.

Мета: порівняти особливості структурних змін печінки молодих та зрілих тварин на тлі гіпергомоцистеїнемії.

Матеріали та методи: Хронічну стійку гіпергомоцистеїнемію моделювали шляхом введення D,L-тіолактон гомоцистеїну гідрохлориду тваринам дослідних груп в дозі 200 мг/кг маси тіла в/шл на 1% розчині крохмального гелю (1 мл /100 г маси щура) 1 раз на добу протягом 8 тижнів. Гістологічні препарати вивчали за допомогою світлового мікроскопа SEO SCAN та фотодокументували за допомогою відеокамери Vision CCD Camera з системою виводу зображення з гістологічних препаратів.

Результати: В печінці молодих щурів за умов гіпергомоцистеїнемії спостерігаються: незначне потовщення навколочасточкової сполучної тканини, поліморфність гепатоцитів з різним ступенем розвитку структурних змін у них, в більшості клітин вакуольно-гідропічна та

жирова дистрофія, зниження активності сукцинатдегідрогенази в гепатоцитах з нерівномірною локалізацією даного ферменту в часточках печінки, зменшення щільності гранул глікогену. Виявлялись повнокров'я та тромбози у центральних, підчасточкових венах, та у міжчасточкових венах в складі триад. У артерій триад спостерігалось потовщення їх стінки. Просвіти більшості гемокапілярів розширені, заповнені еритроцитами, лейкоцитами та клітинами Купфера, які зустрічались і в розширеному просторі Діссе. Ендотеліальні клітини набрякли.

В печінці зрілих щурів на тлі гіпергомоцистеїнемії виявлено більш виражені структурні зміни в органі, порівняно з молодими тваринами: помітне потовщення волокнистої сполучної тканини навколо часточок та в складі порталних трактів, дисконплектація печінкових балок; ядра гепатоцитів гіперхромні, пікнотично змінені, спостерігались ознаки гідропічної та жирової дистрофії. Зустрічались осередки некрозу паренхіми печінки, у центральних, підчасточкових та міжчасточкових венах виявлено повнокров'я з розширенням та витонченням стінок, зросла товщина стінки міжчасточкових артерій за рахунок гіпертрофії та гіперплазії гладких міоцитів в середній оболонці та фіброзу зовнішньої оболонки. Наявна лейкоцитарна інфільтрація в порталних трактах. Просвіти синусоїдів розширені, заповнені форменими елементами крові. Ендотелій ушкоджений, з гіперхромними, пікнотично зміненими ядрами, цитоплазма набрякла, нерівномірна. Перисинусоїдальні простори розширені, інфільтровані лейкоцитами та макрофагами. Встановлене значне зниження активності сукцинатдегідрогенази та зменшення вмісту в цитоплазмі клітин глікогену, у частини клітин цитоплазма практично позбавлена цієї трофічної сполуки.

Висновки: Дослідження мікроскопічної організації печінки різних вікових груп при змодельованій гіпергомоцистеїнемії показали, що даний чинник викликає значні пошкодження структурних компонентів органа, глибина яких посилюється з віком.

О.В. Гарвасюк

ДІАГНОСТИКА ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

Кафедра патологічної анатомії

І.С. Давиденко (д.мед.н, проф.)

Буковинський державний медичний університет

м.Чернівці, Україна

Актуальність. Залізодефіцитна анемія вагітних (ЗДАВ) може ускладнювати діагностику процесів порушення дозрівання хоріального дерева (ХД) плаценти (передчасне дозрівання хоріальних ворсинок (ХВ), уповільнене дозрівання ХВ, утворення ненормальних типів ХВ).

Мета. Оприлюднити рекомендації по діагностиці порушення дозрівання хоріального дерева, а саме передчасного дозрівання на тлі залізодефіцитної анемії вагітних.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження було передчасне дозрівання ХД плаценти у терміни гестації 29-32 та 33-36 тижнів у поєднанні з ЗДАВ. Дослідження проведені на основі гістологічних препаратів, забарвлених гематоксиліном і еозином. У кожній плаценті у випадкових полях зору вивчали по 400 ХВ і класифікували їх згідно критеріїв, у результаті отримували відсоткове співвідношення між різними типами ХВ. Для кожної групи дослідження обраховували середнє арифметичне та її похибку. Статистичну обробку цифрового матеріалу здійснювали за допомогою двобічного непарного критерію Стьюдента. Статистично значущими вважали розбіжності при $p \leq 0,05$.

Результати. Враховуючи результати дослідження, нами отримані цифрові параметри, тобто інші критерії норми для випадків передчасного дозрівання на тлі ЗДАВ. Зокрема, для терміну 29-32 тижні вагітності: 1. Для стовбурових «ранніх» ХВ замість нормативу 0,7-4,1% потрібно

застосовувати критерій 2,4-5,8%; 2. Для стовбурових «пізніх» ХВ замість 1,6-9,4% потрібно застосовувати критерій 5,5-13,3%; 3. Для проміжних незрілих ХВ замість 4,5-14,7% потрібно застосовувати критерій 9,6-19,8%; 4. Для проміжних зрілих ХВ замість 25,8-49,4% потрібно застосовувати критерій 14,0-37,6%; 5. Для термінальних ХВ замість 23,3-48,7% потрібно застосовувати критерій 10,6-36,0%; 6. Для термінальних «спеціалізованих» ХВ замість 2,3-5,3% потрібно застосовувати критерій 0,8-3,8%. Для терміну 33-36 тижнів вагітності: 1. Для проміжних незрілих ХВ замість 1,1-5,1% потрібно застосовувати критерій 3,1-7,1%; 2. Для проміжних зрілих ХВ замість 8,4-32,4% потрібно застосовувати критерій 16,8-30,4%; 3. Для термінальних «спеціалізованих» ХВ замість 4,2-14,0% потрібно застосовувати критерій 1,2-9,1%.

Висновки. Отримані нами результати дослідження можуть бути використані у якості практичних рекомендацій щодо діагностики передчасного дозрівання хоріального дерева на тлі залізодефіцитної анемії вагітних.

Г. Б. Галевич

ДОСЛІДЖЕННЯ ТОКСИКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ЕКСТРАКТУ ТРАВИ *TAGETES PATULA L*

Кафедра фармакології

Волощук Н. І (проф., д.мед.н.), Цубанова Н. А. (проф., д.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Національний фармацевтичний університет,
м. Харків, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день безпека при застосуванні лікарських засобів є таким самим важливим аспектом, як і специфічна фармакологічна активність. У чинних методичних рекомендаціях ДФЦ МОЗ України із вивчення нових лікарських засобів при проведенні доклінічних досліджень нового фармакологічного об'єкту обов'язковою умовою етапів розробки та впровадження є вивчення токсикологічних характеристик. Зазвичай основними завданнями токсикологічних досліджень є: визначити показник гострої токсичності; встановити початкову безпечну дозу та наступне розширення схеми дозування при проведенні клінічних випробувань; визначити потенційні органи-мішені при вивченні хронічної токсичності та в разі виявлення токсичності дослідити її зворотність; запропонувати параметри безпеки при проведенні моніторингу клінічних випробувань. Дотримання вищезазначених принципів, сприяє удосконаленню якості та узгодженості доклінічних даних безпеки при впровадженні нових лікарських засобів. Дослідження токсичності актуально особливо для нових препаратів на основі лікарської рослинної сировини, що зазвичай характеризуються тривалим застосуванням у клінічній практиці. Вченими Тернопільського державного медичного університету, під керівництвом проф. Марчишин С. М. було отримано новий екстракт трави Чорнобривців розлогих (*Tagetes patula L*), далі ЕТЧР.

Мета: Експериментальне дослідження гострої токсичності ЕТЧР.

Матеріали та методи: З метою відтворення клініки гострого отруєння та для визначення LD50 гостру токсичність нового екстракту вивчали на статевозрілих білих безпородних щурах обох статей масою 200-280 г, при одноразовому внутрішньошлунковому введенні. Лімітуючим показником гострої токсичності лікарських препаратів є максимальна доза IV класу токсичності з урахуванням шляху введення, яка за умови внутрішньошлункового введення становить 5000 мг/кг). Спостереження за тваринами проводили протягом 14 днів. Експериментальні дослідження проведені з урахуванням вимог Наказу МОЗ України № 944

від 14.12.2009 р. та за методичними рекомендаціями з доклінічного дослідження лікарських засобів. Тварин утримували в умовах віварію ВНМУ ім. М.І. Пирогова, на стандартному раціоні відповідно до санітарно-гігієнічних вимог.

Результати: Як показали проведені дослідження, після одноразового внутрішньошлункового введення ЕТЧР в дозі 5000 мг/кг загибелі тварин не спостерігали тварини були охайними, мали задовільний апетит, нормально реагували на звукові та світлові подразники. Процеси сечовиділення та дефекації були в нормі, порушення дихання та судом не спостерігали. Через те, що всі тварини ознак інтоксикації не мали, а лімітуючим показником для внутрішньошлункового введення є об'єм 4 мл, подальше збільшення дози було недоцільним.

Висновки: Екстракт трави Чорнобривців розлогих дозою 5000 мг/кг не чинить токсичної дії при одноразовому внутрішньошлунковому введенні щурам обох статей та характеризує досліджуваний екстракт як практично не токсичну сполуку (V клас токсичності, LD50 > 5000 мг/кг) відповідно до загальноприйнятої токсикологічної класифікації речовин.

Л. М. Гнатюк, Д. В. Гриневич
**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Кафедра судової медицини та права

Жарлінська Р.Г. (доцент, к.мед.н.), Адамчук О.Ф. (доцент, к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Медичні заклади України не завжди можуть своєчасно надати висококваліфіковану допомогу у зв'язку з військовими діями та значною кількістю поранених військовослужбовців, які ризикують своїм здоров'ям і життям, захищаючи український народ та кордони нашої країни. Тому наша держава повинна забезпечити всі можливі заходи задля збереження та покращення здоров'я захисників.

Мета: Дослідити правові аспекти забезпечення умов для належного лікування військовослужбовців України в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи: проаналізовано нормативні акти України, що регулюють правове медичної допомоги військовослужбовцям під час воєнного стану. Методи: аналітичний, формально-юридичний, порівняльно-правовий.

Результати: Правове регулювання надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану є важливою для забезпечення бойової готовності армії та збереження життя та здоров'я військовослужбовців. Законодавство України встановлює правила та процедури надання медичної допомоги військовослужбовцям у час воєнного стану, які мають відповідати вимогам міжнародного гуманітарного права та стандартів медичної практики.

Одним з основних нормативних актів, який регулює надання медичної допомоги військовослужбовцям у час воєнного стану, є Закон України "Про захист національної безпеки України". Згідно з цим законом, медична допомога військовослужбовцям надається відповідно медичним стандартам, які забезпечують найвищий рівень медичної допомоги. До забезпечення медичної допомоги військовим залучаються висококваліфіковані медичні фахівці, які мають відповідні знання та досвід у наданні медичної допомоги у воєнних конфліктах.

«Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил» - відповідно до Наказу МОЗ України від 25.02.2022 року

№379, медична допомога надається всім пораненим цілодобово. Поранених госпіталізують у ближні заклади охорони здоров'я, які надають медичну допомогу.

«Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» згідно статті 11 закону України (від 13.04.2022р.) військові мають право на медичну допомогу за межами України в умовах військового часу та безкоштовної медико-психологічної реабілітації за рахунок держави.

Висновки: Отже, правове регулювання надання відповідної медичної допомоги військовослужбовцям під час воєнного стану в Україні відіграє важливу роль у забезпеченні їх здоров'я та життя. Незважаючи на наявність правового регулювання, надання медичної допомоги військовослужбовцям є викликом у ситуаціях воєнного конфлікту, де кваліфікована медична допомога є необхідною для збереження життя та здоров'я військових. Тому держава повинна забезпечити належну організацію медичної допомоги військовослужбовцям у воєнний час та забезпечити дотримання встановлених норм та стандартів.

А.М. Гончарук

РФАРА - СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ІНФЕКЦІОНІСТА (ВЛАСНЕ КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.С. Онофрійчук (к.мед.н., PhD., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: в останні 20 років у клінічній практиці дитячого інфекціоніста та педіатра все частіше трапляються випадки імунно-опосередкованих захворювань та синдромів, які важко діагностувати та лікувати. Дані захворювання об'єднують подібна клінічна картина, яка проявляється ознаками системного запалення, епізодами лихоманки та ряду інших клінічних синдромів. Найбільш поширеним захворюванням є РФАРА – синдром (синдром Маршалла). РФАРА - синдром – це аутозапальне захворювання з нез'ясованою етіологією та не до кінця вивченим патогенезом. Серед причин розвитку можна розглянути наступні: роль персистуючих внутрішньоклітинних інфекцій, генні мутації, сімейне успадкування. Поширеність та частота захворюваності в дитячій популяції складає 2,4 на 10000 дитячого населення, проте реальна статистика даного синдрому набагато вища. За даними літературних джерел, до захворювання більш схильні хлопчики. Маніфестація даного синдрому зазвичай відбувається у віці від 2 до 5 років, хоча описані випадки серед дітей як раннього, так старшого віку. Патологія характеризується періодичним виникненням епізодів лихоманки, фарингіту або тонзиліту, афтозного стоматиту та шийного лімфаденіту.

Мета: акцентувати увагу на труднощах діагностики РФАРА-синдрому.

Матеріали і методи: дані літературних джерел, власне клінічне спостереження.

Результати: нами проведено власне клінічне спостереження дитини, віком 13 років зі встановленим синдромом Маршалла. Впродовж 2-х років, дитину часто турбували рецидивуючі лихоманки у поєднанні із гострим тонзилітом, шийним лімфаденітом, вираженим астеновегетативним синдромом. В міжприступний період стан дитини не був порушений. Захворювання пов'язують із перенесеним COVID-19 у травні 2021 року. Із анамнезу відомо, що у хлопчика раніше діагностовано хронічну герпетичну інфекцію, зумовлену Епштейн – Барр вірусом та вірусом герпесу 6 типу. Впродовж усього періоду, з приводу даного захворювання, дитині призначались ряд антибактеріальних препаратів, що на деякий час приносило незначне покращення. Даний синдром важко діагностувати, так як

відсутні специфічні біологічні маркери, тому діагноз встановлюється на підставі клінічної картини, добре зібраного анамнезу та виключення інших ймовірних причин рецидиву лихоманки. Беручи до уваги скарги, анамнез пацієнта, нами встановлено діагноз: синдром Маршалла та прийнято рішення про призначення пробної глюкокортикостероїдної терапії, що призвело до зниження температури тіла та покращення самопочуття пацієнта.

Висновки: дані літератури та власне клінічне спостереження з довготривалим нераціональним медикаментозним лікуванням без клінічного покращення вказують на труднощі у діагностиці даного синдрому. Враховуючи клінічну картину, діти, як правило, спостерігаються педіатрами чи дитячими інфекціоністами. Призначене лікування, підібране індивідуально для кожного пацієнта з врахуванням клінічних проявів, дозволить покращити якість життя пацієнта.

Ю.О. Григор'єва

НЕКОМПАКТНА КАРДІОМІОПАТІЯ АБО СИНДРОМ «РОЗБИТОГО СЕРЦЯ». КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Л.П. Солейко (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діагноз некомпактна кардіоміопатія залишається поза увагою не тільки сімейних лікарів, а й кардіологів, лікарів функціональної діагностики. Це пояснюється як низькою розповсюдженістю, так і відсутністю об'єктивних даних та симптомів. Згідно з даними літератури поширеність становить 14%.

Мета: На прикладі обстеження пацієнтки з даною патологією показати всю небезпечність для життя людей з даним діагнозом.

Матеріали та методи: Вивчені дані амбулаторної карти та історії хвороби, проведені об'єктивні, лабораторні та інструментальні методи обстеження.

Результати: Хвора 59 років мешканка м. Вінниці поступила до кардіологічного відділення Вінницького регіонального кардіологічного центру зі скаргами на слабкість, задишку, дискомфорт в ділянці серця. Хворіє з 2010 року. Погіршення стану почалось 3 тижні назад після фізичного навантаження та емоційного стресу. Данні об'єктивного та лабораторних методів обстеження особливих патологічних змін не виявили. Заслуговують на увагу зміна ЕХО-КГ обстеженні, які характерні типово для даної патології, а саме: потовщення міжшлуночкової перетинки (1,4-2,2 см), потовщення задньої стінки до 1,4 см (N=0,9), пролапс мітрального клапану 11 см (III ступінь) з вираженою регургітацією, а головне: верхівка лівого та правого шлуночків мають виражену трабекулярність; легеневу гіпертензію, аневризму міжшлуночкової перетинки, можливий обрив хордального апарату ПС МК. Відкореговане лікування: додані препарати тромбоемболічного напрямку.

Висновки: Спостереження за пацієнткою дозволило виявити загальне погіршення стану міокарда при незмінній товщині стінок і розмірів камер серця, однак наявні суттєві структурні зміни. Значна трабекулярність визначає підвищений ризик тромбоемболічних ускладнень та необхідність їх попередження шляхом відповідного лікування.

Н.В. Драчук, Н.М. Ісакова
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО
ПАРАДОНТИТУ ЛЕГКОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ПЕРЕД ЗАСТОСУВАННЯМ
ЗНІМНОЇ ОРТОДОНТИЧНОЇ АПАРАТУРИ**

Кафедра стоматології дитячого віку

Н.М. Ісакова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зубощелепні аномалії – це фактори розвитку захворювань тканин пародонта, що обумовлено погіршенням стану гігієни порожнини рота, патологічними навантаженнями на тканини пародонту. Як відомо, використання ортодонтичної апаратури протипоказано у пацієнтів із захворювання пародонта, але на жаль, більшість юнаків та дівчат, яким необхідне ортодонтичне лікування, мають захворювання пародонту. Застосування елайнерів для лікування зубощелепних аномалій у юнаків та дівчат є більш щадним для тканин пародонта, ніж використання брекет- системи, тому що для пересування зубів використовуються невеликі сили дії, що наближаються до природних.

Мета: порівняльна оцінка застосування паст з протизапальним ефектом при комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту Стадії I у юнаків і дівчат 16-18 років перед ортодонтичним лікуванням зубощелепних аномалій елайнерами.

Матеріали та методи: в дослідженні брало участь 30 пацієнтів віком 16-18 років, з яких було сформовано дві групи, по 15 пацієнтів у кожній. У ході клінічного обстеження тканин пародонта, а також визначені висоти міжальвеолярних перетинок за результатами ортопантомограми, було встановлено Стадію I хронічного генералізованого пародонтиту. Всім пацієнтам провели професійну гігієну порожнини рота з видаленням зубних відкладень за допомогою хендблестера (NSK), автономного ультразвукового п'єзоелектричного скалера Varios2 970 LUX / 970 (NSK LED skaler) під мікроскопом Scanner Calipso. В основній групі пацієнти чистили зуби двічі на день по 2 хвилини пастою Meridol Parodont Expert (Польща), а у контрольній групі BioRepair «Захист ясен»(Італія)». Зубна паста Meridol Parodont Expert містить в своєму складі інноваційну формулу з антибактеріальними інгредієнтами: гідратирований діоксид кремнію, PEG-3 таловий амінопропіламин, каприлилгліколь, хлорид олова. Зубна паста BioRepair «Захист ясен» містить цинк PCA, microRepair®, спіруліну, гіалуронову кислоту, гамамеліс, гіалуротан. Оцінку стану тканини пародонту проводили за результатами огляду ротової порожнини (розмір ясеневих сосочків, їх консистенція, форма та колір, наявність кровоточивості під час зондування), визначали папілярно-маргінально-комірковий (РМА) пародонтальний індекс у всіх пацієнтів до початку комплексного лікування та на 14 добу.

Результати : в основній групі на початку спостережень РМА становив $49,3 \pm 6,9\%$, на 14 добу використання паст Meridol Parodont Expert у пацієнтів спостерігалась відсутність запальних явищ в тканинах пародонта -РМА- $4,8 \pm 2,06\%$, тоді як в контрольній - РМА становив $48,6 \pm 6,7\%$ та на 14 добу- $17,1 \pm 2,71\%$ ($p < 0,05$).

Висновки: У ході проведеного клінічного дослідження було встановлено, що зубна паста Meridol Parodont Expert володіє більш вираженою протизапальною активністю, ніж BioRepair «Захист ясен», тому що містить інноваційну формулу з антибактеріальними інгредієнтами. Ми рекомендуємо пацієнтам перед лікуванням елайнерами чистити зуби 2 рази на день пастою Meridol Parodont Expert (Польща) для усунення запальних явищ в тканинах пародонта.

Н.В. Житнюк, О.В. Швед, О.О. Попович
**ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ ТОЦИЛІЗУМАБУ У ПАЦІЄНТІВ З ВАЖКИМ
ПЕРЕБІГОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Л.В. Мороз (проф., д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пандемія коронавірусної інфекції показала, що всебічний підхід до діагностики та лікування є запорукою одужання пацієнтів. Патогенетичні особливості важкого перебігу COVID-19 пов'язують із гіперцитокінемією, що клінічно проявляється ознаками «цитокінового шторму» з високим рівнем летального наслідку.

Мета: провести аналіз наукових джерел і власного дослідження та сформулювати висновки щодо впливу тоцилізумабу на перебіг та прогноз у хворих із COVID-19.

Матеріали і методи: аналіз історій хвороб пацієнтів та аналіз іноземних джерел UpToDate, The Lancet та National library of medicine.

Результати: Тоцилізумаб (Tocilizumab) - це препарат з групи моноклональних антитіл, блокатор рецепторів інтерлейкіну-6 (IL-6), одного з білків, що викликають запальну реакцію в організмі. В результаті блокування дії рецепторів IL-6, тоцилізумаб зменшує важкість запалення.

За результатами досліджень, проведених у багатьох країнах, застосування тоцилізумабу може знизити тяжкість симптомів COVID-19 та покращити прогноз у хворих з важкими формами захворювання.

Одним з провідних досліджень, що вивчало ефективність тоцилізумабу при COVID-19, було рандомізоване контрольоване відкрите багатоцентрове платформне дослідження RECOVERY, проведене у Великобританії. Згідно з результатами цього дослідження, застосування тоцилізумабу при COVID-19 виявилось корисним для пацієнтів, які потребували кисневої підтримки, механічної вентиляції легень. Зокрема, відмічалось зниження смертності у тих пацієнтів, які отримували тоцилізумаб, порівняно з тими, хто не отримував.

Порівняльна характеристика випадків застосування тоцилізумабу проводилась на базі КНП «ВМКЛ №1». Проаналізовано 5 історій хвороб. Всі пацієнти мали підтверджене захворювання COVID-19 з важким перебігом, двобічне полісегментарне інтерстиціальне ураження легень важкого ступеня, ЛН III. Проведено додаткові лабораторні-інструментальні обстеження на 10 добу від перших клінічних проявів. У всіх пацієнтів виявили більше ніж двадцятикратне підвищення рівня СРБ, ІЛ-6, нормальний рівень прокальцитоніну, за даними УЗД легень - двобічний інтерстиціальний синдром важкого ступеня (LUSS \geq 20 балів). SpO₂ – 80-85% без кисневої підтримки. Призначено тоцилізумаб 400мг в/в. На наступний день позитивна динаміка загального стану, покращення картини УЗД легень: зменшення інтенсивності інтерстиціального синдрому. Через 10 днів після введення тоцилізумабу значна позитивна динаміка, нормалізація рівня СРБ, SpO₂ – 95-97% без кисневої підтримки, за даними УЗД легень : картина двобічного інтерстиціального синдрому помірною ступеня (LUSS \leq 15 балів).

Висновки: Використання тоцилізумабу у хворих на коронавірусну інфекцію із важким перебігом позитивно впливає на динаміку та наслідки захворювання. На підставі порівняльного аналізу наших даних та світових рекомендацій використання тоцилізумабу може бути ефективним.

Я. С.Закут
ОЦІНКА ВПЛИВУ СТАЖУ АДІКЦІЇ ДО ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ПАРОДОНТИ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології
Р.С. Назарян (д. мед. н., проф.)
Харківський Національний Медичний Університет
м.Харків, Україна

Актуальність: Тютюнопаління є найпоширенішим типом побутової наркоманії. Склад диму від горючих тютюнових виробів містить понад 7000 хімічних речовин. Безумовно, основним зміцнюючим компонентом тютюну є нікотин, який власно і призводить до тютюнової залежності. Як свідчать дані звіту The Surgeon General's Report on Smoking Cessation, що опублікований у січні 2020 року, припинення куріння є корисним у будь-якому віці, це покращує стан здоров'я та покращує якість життя. Це також знижує ризик передчасної смерті і може додати аж до десятиліття тривалості життя.

Мета: Порівняння стану ротової порожнини в підлітків із різним стажем адікції до тютюнопаління

Матеріали та методи: I групу -12 підлітків, що мали стаж тютюнопаління 1 рік, II групу -15 осіб, зі стажем паління 3 років. III групу 20 здорових підлітків, які не палять. Всі учасники дослідження були віком від 13 до 18 років та звернулися до стоматолога з метою профілактичного огляду. Проведено клінічне стоматологічне обстеження з використанням індексів: Визначення рівня гігієни ротової порожнини за Гріна-Вермільйона (ОHI-S) та поширеності запалення ясен за допомогою індексу потреби в лікуванні хвороб пародонта (РМА). Показники гомеостазу порожнини рота вивчали за допомогою біофізичних методів: швидкості слиновиділення, еластичності, рН ротової рідини.

Результати: Індекс Гріна-Вермільйона: I гр $-1,8 \pm 0,05$; II гр $2,7 \pm 0,09$; III гр $0,79 \pm 0,19$ індекс РМА: I гр $35 \% \pm 0,04$; II гр $38 \% \pm 0,04$; III гр $17 \% \pm 0,04$. швидкості слиновиділення I гр $0,21 \pm 0,04$; II гр $0,19 \pm 0,01$; III гр $0,39 \pm 0,01$. Еластичність різко негативна у всіх груп. рН слини у I - $6,05 \pm 0,25$; II $6,20 \pm 0,10$; III $6,50 \pm 0,25$.

Висновки: Спираючись на результати дослідження в групах з адікцією до тютюнопаління та групі контролю потрібно зауважити, що у підлітків, які більше мають стаж куріння визначається тенденція до зростання показника індексу Гріна-Вермільйона, тобто погіршується гігієнічний стан та індекс РМА, що характеризують ступінь запалення ясен, також визначення біофізичних процесів слиновиділення дозволило діагностувати патологічний стан, всі ці зміни є підґрунтям для проведення подальших досліджень. Максимальне обмеження і усунення тютюнопаління вже з юнацького віку є актуальною проблемою.

М. Л. Застрижна
ВИВЧЕННЯ АНТИЕКСУДАТИВНОЇ ДІЇ ЕКСТРАКТУ ТРАВИ SAPONARIA OFFICINALIS L ЗА УМОВ ЗИМОЗАНОВОГО НАБРЯКУ

Кафедра фармакології
Волощук Н. І (проф., д.мед.н.), Цубанова Н. А. (проф., д.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Пошук нових лікарських засобів із вазоактивною дією залишається актуальним питанням медицини через значне зростання кількості судинних патологій, що супроводжуються набряком та запаленням, як наприклад, хронічна венозна недостатність (ХВН).

Лікарський засіб для ефективної терапії ХВН, повинен чинити:

- вазоконстрикторну дію, тобто збільшувати тонус вен, що притаманно для сапонінів гіркокаштану;
- антиексудативну та протизапальну дію, як наприклад флавоноїд кверцетин;
- антиоксидантну активність, притаманну практично всім поліфенолам, включаючи гідрокоричні кислоти, таніни та ін.

Вченими Тернопільського державного медичного університету, під керівництвом проф. Марчишин С. М. було отримано густий екстракт Мильнянки лікарської (*Saponaria officinalis* L), далі ГЕМЛ, який за попереднім фармакогностичним дослідженням містить сапоніни, ізокверцетин та гідрокоричні кислоти. Вищезазначений склад біологічно активних речовин ГЕМЛ дозволяє прогнозувати його вазоактивну дію, у тому числі за умов гострого флогогенного набряку.

Мета. Вивчення антиексудативної дії ГЕМЛ за умов відтворення гострого зимозанового набряку у щурів.

Матеріали та методи. Зимозановий набряк моделювали у щурів субплантарним введенням у задню лапу зимозану в об'ємі 0,1 мл у вигляді 2 % суспензії. Препарат порівняння кверцетин у дозі 5 мг/кг вводили тваринам внутрішньошлунково за 5 діб до моделювання експерименту останній раз за 1 годину до субплантарного введення флогогену. ЕТМЛ вводили у аналогічному режимі у дозі 20 мг/кг. Кількість тварин у групі складала 8 голів. Об'єм лап вимірювали за допомогою цифрового плетизмометра Panlab (Іспанія) моделі LE 7500 версії V29/10/2014 до введення зимозану і через 0,5, 1, 2, 3, 4 години після введення флогогенного агента. Протизапальну активність оцінювали за спроможністю знижувати набряк у порівнянні з групою контролю. Експериментальні дослідження проведені з урахуванням вимог Наказу МОЗ України № 944 від 14.12.2009 р. «Про затвердження порядку проведення доклінічного вивчення лікарських засобів та експертизи матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів» та за методичними рекомендаціями з доклінічного дослідження лікарських засобів. Тварин утримували в стандартних умовах віварію, на стандартному раціоні відповідно до санітарно-гігієнічних вимог.

Результати. Зимозановий набряк верифіковано за збільшенням об'єму лапи на 19-26 ум.од. відносно вихідного показника і пов'язано, як відомо, із збільшенням ліпооксигенази та лейкотриєнів у очагу запалення. Введення дослідним тваринам ЕТМЛ у дозі 20 мг/кг демонструвало значну антиексудативну активність, що встановлена за достовірним зниженням набряку на 16 - 26 % ($p < 0,001$) відносно групи контрольної патології на протязі всього терміну дослідження. Встановлена стійка тенденція для ЕТМЛ у дозі 20 мг/кг до перевищення ефективності препарату порівняння кверцетину у дозі 5 мг/кг.

Висновки. Новий екстракт Мильнянки лікарської у дозі 20 мг/кг чинить потужну антиексудативну дію, подальші дослідження дозволять більш чітко охарактеризувати його протизапальну дію.

О.А. Камінська
РЕГІОНАЛЬНА ЧУТЛИВІСТЬ ДО ПИЛКУ *ARTEMISIA VULGARIS* В УКРАЇНІ

Кафедра фармації

В.В. Родінкова (д-р біол. наук, проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сезонна алергія другої половини літа вражає найбільшу кількість громадян України. Основними алергенами цього періоду є пилок амброзії та полину, здатних викликати алергічні реакції як окремо, так і одночасно. Оскільки полин зацвітає раніше, то саме він є першим чинником полінозу другої половини літа.

Мета: Відтак, метою нашої роботи було визначити рівень регіональної чутливості населення України до пилку полину.

Матеріали та методи: Ми проаналізували дані сенсibilізації 20033 пацієнтів-мешканців 17 регіонів України, які пройшли алергологічну діагностику за допомогою тесту Alex² у 2020-2022 роках. Компоненти, взяті до аналізу, включали екстракт (Art v), а також індивідуальні алергени полину Art v 1 (дефензиноподібний білок) та Art v 3(білок переносу ліпідів).

Результати: Рівнем sIgE, який обумовлює сенсibilізацію до певного алергенного компоненту тесту Алекс², є значення від 0,31 kU/L і вище. Відтак, у нашому зразку чутливими до молекул полину або до його екстракту виявилися 3145 осіб. Регіональну приналежність вдалося встановити для 1563 або 49,7 % з них.

Найвищий рівень сенсibilізації спостерігався у населення південно-східних областей, розташованих у Степовій зоні. Зокрема, серед мешканців Дніпропетровської області чутливими до алергенів *Artemisia vulgaris* виявилися 55,90% осіб. Дещо нижчими були показники для сусідніх Одещини (14,14%) та Херсонщини (17,49%). На Полтавщині кількість сенсibilізованих до полину осіб становила 18,42%, на Харківщині – 17,49%.

У північних регіонах, зокрема, на Сумщині, сенсibilізація до *Artemisia* складала 10,60%, на Рівненщині – 7,06%. Дещо вищою була чутливість мешканців столичного регіону – 13,33%.

На диво високою виявилася сенсibilізація мешканців Житомирщини, розташованої на півночі України у Лісовій зоні. Тут 33,33% протестованих осіб були чутливими до пилку *Artemisia vulgaris*.

В центральних регіонах, таких як Вінниччина та Черкащина, сенсibilізація до полину становила 13,79 % та 12,74% відповідно. Найнижчі показники сенсibilізації до алергенів полину спостерігалися у західних регіонах України: Львівщина – 8,06 %, Івано-Франківщина – 8,09 %, Хмельниччина – 13,33 %, Закарпаття – 7,69 %.

Серед усієї кількості чутливих до полину осіб найбільше сенсibilізованих – 2545 осіб або 80,92 % реагували на алерген полину Art v 1, який відповідає за перехресну чутливість до амброзії; 2499 або 79,46 % були чутливими до екстракту полину Art v. Найменше пацієнтів – 467 або 14,85 % від сенсibilізованих до *Artemisia vulgaris* були чутливими до Art v 3, який може викликати важкі анафілактичні реакції.

Одночасно до пилку амброзії та полину чутливими виявилися 2468 осіб, що складає 12,32% загальної кількості тестованих осіб та 78,47 % від людей, чутливих до полину.

Висновки: Отже, рівень сенсibilізації до полину, в цілому, відповідає природно-кліматичному районуванню України. Залишається високим ризик поєднаної чутливості населення до полину та амброзії одночасно, а сенсibilізація мешканців м. Житомир потребує додаткових досліджень.

Р.Ф. Карімулін.

ВИБІР НАЙБІЛЬШ ДІЄВОЇ КОМБІНАЦІЇ ЦЕРЕБРОПРОТЕКТОРІВ У ЩУРІВ ПРИ ГОСТРІЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ ЗА ПОКАЗНИКОМ ЛЕТАЛЬНОСТІ

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів

А.І. Семененко (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними ВООЗ інсульт займає друге місце серед основних причин смерті та третя серед причин інвалідизації у всьому світі. На сьогоднішній день відсутня налагоджена система комплексного лікування пацієнтів з ГПМК за ішемічним типом, оскільки досі використовується уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. [Наказ МОЗ України №602 від 3.08.2012] р. тому питання доцільності використання комбінацій церебропротекторів у хворих з гострою церебральною ішемією залишається відкритим.

Мета: встановити та оцінити ступінь найбільш ефективної комбінації церебропротекторів при гострому ішемічному

пошкодженні головного мозку у щурів за показником летальності.

Матеріали і методи: поставлені завдання вирішували шляхом моделювання гострої церебральної ішемії на нелінійних щурах-самцях шляхом перев'язки зовнішніх сонних артерій.

Результати: в експерименті досліджували такі препарати як: метилетилпіридинол сукцинат, цитиколін, холін альфосцерат, церебролізин, едаравон. Дані препарати вводились як монотерапія так і у комбінаціях в рекомендованих дозах, що були взяті з попередніх досліджень. Всього було досліджено 35 груп по 10 тварин в кожній групі. За піддослідними тваринами спостерігали протягом 96 год.

Висновки: таким чином, незважаючи на досить глибокий рівень вивчення досліджувальних препаратів в якості монотерапії при ГПМК за ішемічним типом. З отриманих результатів випливає, що найменша летальність 40% була у групі: Метилетилпіридинол сукцинат + цитиколін + холін альфосцерат + едаравон, $P \leq 0.5$. Проведене дослідження дає можливість визначитись у доцільності застосування даної комбінації церебропротекторів у хворих з ГПМК за ішемічним типом, що в подальшому допоможе значно знизити рівень інвалідизації та смертності.

В. В. Кельман

РАННІ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ В ЖІНОК З ЧИСЛА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Кафедра акушерства і гінекології №2

О. В. Булавенко (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: 24 лютого 2022 року в Україні розпочалася повномасштабна війна внаслідок збройного нападу російської федерації. Військові події стали причиною виникнення гострого стресу у більшій частині населення України. Найбільш вразливими групами населення стали вагітні жінки, а особливо ті, які проживали на прифронтових або тимчасово окупованих територіях. Тривале перебування в темних холодних підвалах, відсутність питної води, свіжих продуктів харчування, елементарних засобів гігієни та доступу до ліків та медичної допомоги безумовно вплинула на здоров'я вагітної жінки та на перебіг вагітності.

Мета: Провести структурний аналіз ранніх втрат вагітності у жінок з числа внутрішньо переміщених осіб у Вінницькій області.

Матеріали та методи: У дослідженні було ретроспективно оцінено карти стаціонарних хворих гінекологічних відділень медичних закладів Вінницької області з 24 лютого 2022 року

Результати: Проаналізувавши медичну документацію було отримано такі дані: загалом у медичні заклади Вінницької області звернулася 52 пацієнтки з числа внутрішньо переміщених осіб на ранніх термінах вагітності. Згідно з територіальним розподілом 55,7 % (29 жінок) звернулися за медичною допомогою в медичні заклади міста Вінниця та 44,3 % (23 жінки) звернулися в медичні заклади Вінницької області. Згідно діагностичному розподілу у 19,2 % (10) випадків було встановлено діагноз самовільний викидень, 42,3 % (22) - завмерла вагітність, 13,5 % (7) - позаматкова вагітність, 7,7 % (4) - аборт в ході, 3,9 % (2) - невдала спроба переривання вагітності, 5,8 % (3) – штучне переривання вагітності, 1,9% (1) – неповний аборт, 1,9% (1) - переривання вагітності за медичними показами, 1,9% (1) – трофобластична хвороба, 1,9% (1) - анембріонія. Усі пацієнтки були госпіталізовані та їм була надана медична допомога в повному обсязі. 23 % (12) пацієнток було проліковано консервативно, а 76,9% (40) пацієнткам було проведено хірургічне лікування.

Висновки: Отримані результати свідчать про важливість даної проблеми та наштовхують на пошук рішень для попередження ранніх втрат вагітності в жінок з числа внутрішньо переміщених осіб та налагодження алгоритму вчасного та якісного надання медичної допомоги таким пацієнткам.

К.О. Коваленко, О.А. Вишневецька

ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ПРОЯВИ LONG-COVID-19 ІНФЕКЦІЇ. ПІДСУМКИ ТРЕТЬОГО РОКУ ПАНДЕМІЇ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Н.О. Пентюк (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Станом на лютий 2023 року загальна кількість підтверджених випадків COVID-19 у світі склала понад 424 мільйони, в Україні - 6,8 мільйонів. Тривала COVID-19 (Long-COVID-19) являє собою попередню інфекцію SARS-CoV-2, симптоми якої тривають або з'являються протягом чотирьох і більше тижнів та не пояснюються альтернативним діагнозом. Зареєстровано щонайменше 65 мільйонів випадків Long-COVID-19.

Мета: Проаналізувати тематичні наукові публікації та визначити клінічний спектр гастроінтестинальних проявів Long-COVID-19, проаналізувати потенційні механізми їх виникнення.

Матеріали та методи: Проведено аналіз існуючих наукових публікацій в базах даних PubMed, Google Scholar, Web of Science за ключовими словами Long-COVID-19, Chronic COVID-19, Post-COVID-19, gastrointestinal.

Результати: Пошуковому запиту відповідало 397 публікацій, меті дослідження – 35 публікацій. Симптоми Long-COVID-19 реєструються у 22 % хворих з SARS-CoV-2 (12 досліджень, 158 731 пацієнтів включено). Шлунково-кишкові та печінкові прояви Long-COVID-19 включають: кахексія або значуща втрата маси тіла у 29 % хворих, підвищення рівня печінкових ферментів у 23,1 %, функціональна диспепсія у 20 %, закрепи у 19 %, синдром подразненого кишківника у 17 %, дисгевзія у 17 %, діарея у 13,2 %, нудота та блювання у 10,3 %, біль в животі у 2,7 %, холестаза та холангіопатія у 0,59 % випадків.

Особливості проникнення та елімінації SARS-CoV-2, ступінь системної запальної відповіді, дисфункція ендотелію, стан кишкової мікробіоти можуть бути залучені до формування гастроінтестинальних проявів Long-COVID-19. Встановлено, що кишкові епітеліальні клітини та холангіоцити експресують рецептори ангіотензин-перетворюючого ферменту 2, які опосередковують проникнення та подальшу реплікацію вірусу. Це обумовлює пряму вірусну токсичність та запускає каскад несприятливих змін, а саме пошкодження ендотелію, збільшення продукції тромбіну, пригнічення фібринолізу, активацію шляху комплементу, виникнення мікротромбів та мікросудинної дисфункції. Важливою ланкою патогенезу може бути недостатній кліренс вірусу та його багатомісячна персистенція у фекаліях. Системне запалення з підвищенням рівня інтерлейкіну-6 та фекального кальпротектину запускає автоімунні реакції, що призводять до тривалого пошкодження тканин травної системи. Виснаження коменсальної мікробіоти (*F. prau*, *E. rectale*, *Bifidobacterium spp.*) створює умови для надмірного росту бактерій, проникнення бактеріального ліпополісахариду в системний кровоплин, індукції системного запалення та створює умови до інвазії умовно-патогенних кишкових бактерій. Збільшення концентрації запальних медіаторів та цитокиновий шторм спричиняє вторинне ураження клітин печінки та травного тракту.

Висновки: Шлунково-кишкові симптоми є типовими для мультисистемного захворювання Long-Covid-19. Подальші дослідження необхідні, щоб зрозуміти профілактичні заходи, особливості діагностики, лікування та вплив на подальше виживання хворих.

В.А. Коваль

ЗНАЧЕННЯ ФОСФОЛІПІДІВ КОНДЕНСАТУ ПОВІТРЯ, ЩО ВИДИХАЄТЬСЯ, ПРИ ПРОГНОЗУВАННІ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ

Кафедра педіатрії №2

Н.І. Макєва (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Гостра лейкемія (ГЛ) є найпоширенішим онкологічним захворюванням у дітей. У зв'язку з поліпшенням прогнозу в останні роки більше уваги приділяється вивченню ускладнень ГЛ, у тому числі легеневих. Фосфоліпіди (ФЛ) входять до складу легеневих сурфактантів і альвеолоцитів. Визначення цього маркера в конденсаті повітря, що видихається (КВП), може бути прогностичною ознакою легеневих ускладнень у дітей з гострим лейкозом.

Мета: оцінити рівень ФЛ у КВП у дітей з ГЛ та його прогностичне значення.

Матеріали та методи. Обстежено 51 дитину з ГЛ віком 6-18 років і 15 здорових дітей контрольної групи. Діти з ГЛ були поділені на 2 групи: 1 група – у фазі індукції хіміотерапії (n = 24), 2 група – у період ремісії (n = 27). Рівні ФЛ у КВП аналізували методом спектрофотометричної тонкошарової хроматографії з використанням спектрофотометра SPh 46. Аналіз даних проводили за допомогою Statistica 8 та MedCalc версії 17.2.

Результати. Легеневі ускладнення зареєстровано у 86,27% дітей, хворих на ГЛ: гострий бронхіт (60,78%), пневмонія (49,01%), епізоди обструкції (21,57%), бронхіальна астма (5,88%), інтерстиціальна пневмонія (1,96%), плеврит (3,92%), пневмоторакс (3,92%), легеневий фіброз (1,96%), лейкемічна інфільтрація (1,96%). Гострі легеневі ускладнення були у 87,50% дітей (1 група). У 18,52% дітей легеневі ускладнення були в періоді ремісії (2 група). Виявлено підвищення рівня ФЛ, порівняно з контролем (54,80 (54,80; 60,80) ммоль/л), у дітей 1-ої та 2-ої груп (158,29 (141,72; 187,67) ммоль/л і 129,08 (118,65; 134,72) ммоль/л, відповідно, p1-

$C=0,000000$; $p2-C=0,000000$). Діти з ГЛ під час хіміотерапії (1 група) мали більш високі рівні ФЛ у КВП, ніж діти в ремісії (2 група): $p1-2= 0,000007$. За даними ROC-аналізу рівень ФЛ у КВП під час фази індукції хіміотерапії $>132,15$ ммоль/л, може бути прогностичним для гострих легеневих ускладнень (AUC 0,968; чутливість 90,48%; специфічність 100,00%). Рівень ФЛ в КВП у ремісії $>131,16$ ммоль/л може бути прогностичною ознакою легеневих ускладнень у реконвалесцентів ГЛ (AUC 0,791; чутливість 100,00 %; специфічність 77,27%).

Висновки. Рівень ФЛ у КВП можна вважати потенційним прогностичним маркером легеневих ускладнень у дітей з ГЛ.

Н.М. Кондратюк

ВИЗНАЧЕННЯ БАЗАЛЬНОЇ СЕКРЕЦІЇ ХЛОРИСТОВОДНЕВОЇ КИСЛОТИ ЯК ПРОГНОСТИЧНОГО МАРКЕРУ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОНОВОЇ ПОМПИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕРАДИКАЦІЇ HELICOBACTER PYLORI У ХВОРИХ НА КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

І.Г. Палій (доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зростаюча резистентність *Helicobacter pylori* (H.p.) до раніше ефективних схем антигелікобактерної терапії є однією із проблем сучасної гастроентерології, яка перешкоджає забезпеченню достатніх рівнів ерадикації. В цих умовах суттєвим фактором впливу на успішність ерадикації H.p. є достатній кислотоблокуючий вплив інгібіторів протонної помпи (ІПП). Науковий інтерес представляє вивчення можливостей застосування експрес-гастро-рН-моніторингу для аналізу параметрів базальної секреції хлористоводневої кислоти до початку лікування, як можливого маркера прогнозування ефективності ІПП при проведенні ерадикації H.p.

Мета: На підставі аналізу результатів експрес-гастро-рН-моніторингу встановити параметри показників внутрішньошлункового рН, за якими можливо було б здійснювати прогнозування успішності проведення ерадикації H.p. у хворих із кислотозалежними гастроєзофагеальними захворюваннями (КЗГЕЗ).

Матеріали та методи: В залежності від результатів аналізу експрес-гастро-рН-моніторингу на 5-7 добу прийому ІПП, хворі були поділені на дві групи. До групи №1 ввійшло 77 хворих на КЗГЕЗ асоційовані із H.p., в яких ІПП в стандартній дозі двічі на добу викликали достатній для проведення успішної ерадикації H.p. кислотоблокуючий ефект. До групи №2 ввійшло 80 хворих на КЗГЕЗ асоційовані із H.p., в яких ІПП в стандартній дозі двічі на добу не забезпечували достатнього для проведення успішної ерадикації H.p. кислотоблокуючого ефекту. За віком і статтю групи хворих були співставні.

Для вибору оптимального порогового значення діагностичного методу з ціллю класифікації обстежених проводили аналіз ROC-кривих (Receiver Operator Characteristic).

Результати: Для min рН, найкраща точка відсічення становила $>2,2$: чутливість 49,4% (95% СІ: 37,8 – 61,0), специфічність 76,8% (95% СІ: 66,2 – 85,4). AUC $0,62\pm 0,05$; $p<0,009$; для max рН найкраща точка відсічення $>5,88$: чутливість 46,1 (95% СІ: 36,5 – 59,7), специфічність 65,9 (95% СІ: 50,8-72,7). AUC $0,53\pm 0,05$; $p>0,05$. Відповідно до класифікації моделей ROC-кривої дана модель має незадовільну якість; для X рН найкраща точка відсічення $>2,48$: чутливість 77,9 (95% СІ: 72,9 – 90,7), специфічність 42,7 (95% СІ: 28,4-50,4). AUC $0,63\pm 0,04$; $p<0,004$; для рН найкраща точка відсічення $>2,35$: чутливість 61,0 (95% СІ: 49,2 – 72,0), специфічність 62,2

(95% CI: 49,6-71,6). AUC 0,72±0,04; p<0,0001; для Me рН найкраща точка відсічення >2,3: чутливість 61,0 (95% CI: 49,2 – 72,0), специфічність 67,1 (95% CI: 55,8-77,1). AUC 0,71±0,04; p<0,0001.

Висновок: Комплекс показників внутрішньошлункового рН згідно експрес-гастро-рН-моніторингу до початку лікування має становити: min рН>2,2 од., X рН >2,48 од., Мо рН >2,35 од. та Me рН >2,3 од.. В іншому разі, призначення ІПП в стандартній дозі двічі на добу буде недостатнім для отримання потрібного для ефективної ерадикації кислотоблокуючого ефекту.

М.А. Коросташова
ОСОБЛИВОСТІ ДЕФОРМУЮЧОГО АРТРОЗУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ НА ЕТАПІ ГОРМОНАЛЬНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Кафедра пропедевтики хірургічної стоматології
В.М. Новіков (д.мед.н.,проф.)
Полтавський державний медичний університет
М. Полтава, Україна

Актуальність: Схильність до артрозу СНЩС у пацієнтів зі зниженим рівнем естрадіолу в період вікової інволюції має особливе значення. Це відбувається як у жінок так і у чоловіків, але у останніх з повільним переходом в дану фазу.

Як відомо, провокуючим фактором розвитку захворювання можуть слугувати артикуляційні, оклюзійні, нейрогенні передумови. Ігнорування пацієнтами лікування, або використання лікування не за показаннями, призводить до втрати часу та, як наслідок, розвитку анатомічних незворотних змін в суглобі. На додаток, у жінок з віком виникають різкі коливання гормонального фону – перехід в клімактеричний період, що посилює відчуття гостроти хвороби. У чоловіків перехід теж відбувається, але зміни гормонального фону відбуваються повільно, тому й проблему вони відчують не так гостро.

Мета: дослідити та порівняти розвиток захворювання СНЩС різного ступеню тяжкості у чоловіків і жінок різного віку.

Матеріали та методи. Проводилося обстеження та надання медичної допомоги 109 пацієнтів із захворюваннями СНЩС. З них сформовано 3 групи пацієнтів. Перша - жінки репродуктивного періоду у віці 18-43 років, n=58. Друга – жінки клімактеричного періоду у віці 50-68 років, n=34. Третя – чоловіки у віці від 22 до 69 років, n=17. Діагностика проводилася за допомогою МРТ.

Результати. За даними дослідження з'ясувалося, що жінки першої групи хворіли лише дисфункціональними розладами СНЩС. МРТ візуалізувало передню вправиму дислокацію суглобових головок, тобто підвигів одного чи обох суглобів, асиметрію положення суглобових головок. Лише для двох пацієнтів були характерні сплюсненість суглобових головок. Це є початковим проявом деформуючого артрозу, але важливо відмітити, що ці пацієнтки мали вік 41 - 43 роки, що може означати появу початкових прихованих інволюційних змін гормонального фону. Друга група пацієнток мала вже наявні прояви артрозу, як симптоматично так і ті, які вже діагностувалася на МРТ. Візуалізувалися такі зміни: передня вправима дислокація суглобових головок, гіпоплазія головок, сплюсненість однієї, чи обох головок, дегенеративні зміни суглобових дисків, кісткові розростання одного з суглобів. Для пацієнтів третьої групи характерні функціональні зміни в СНЩС для 12 чоловіків. Важливо відмітити що найстарший пацієнт був у віці 59 років. Ще 5 пацієнтів у віці 64-69 уже мали анатомічні зміни з початковими або явними проявами деформуючого артрозу.

Висновки. Ознака гендерної схильності захворювань СНЩС має підтвердження і в нашому дослідженні. А саме: жінки більш схильні до розвитку деформуючого артрозу, ніж чоловіки. Це проявляється на етапі різкого зниження естрадіолу в період фізіологічного клімаксу. Для чоловіків перехід вікової інволюції відбувається повільно, тому артрозні зміни СНЩС проявляються в значно віддалені вікові терміни.

I.В. Кошурба, М.О. Чиж, Ф.В. Гладких
**ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ НА
МОДЕЛІ ПАРАЦЕТАМОЛ-ІНДУКОВАНОГО ГЕПАТИТУ**
Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України
Відділ експериментальної кріомедицини
м. Харків, Україна

Актуальність. Серед анальгетиків-антипіретиків парацетамол посідає провідні позиції за рівнем продаж навіть через більш як 120 років з моменту його появи у 1893 р. Відомо, що механізм дії парацетамолу опосередкований інгібуванням ізоферменту циклооксигенази ЦОГ-3, а метаболізм відбувається головним чином у печінці. Здатність парацетамолу зв'язуватись з мітохондріальними протеїнами гепатоцитів та цілою низкою ензимів (глутамінсинтетаза, глутаміндегідрогеназа, карбоангідраза III, глутаматдегідрогеназа, гліцин-N-метилтрансфераза) ковалентними зв'язками виступає підґрунтям його гепатотоксичної дії.

Мета: оцінити гепатопротективну дію кріоекстракту плаценти (КЕП) на моделі гострого парацетамолового гепатиту у щурів.

Матеріали та методи. Дослідження проведене на 28 щурах-самцях, розділених на групи по 7 тварин в кожній. Гостре медикаментозне ураження печінки моделювали внутрішньошлунковим введенням парацетамолу в дозі 1250 мг/кг 1 раз на добу впродовж 2 діб (Стефанов О.В., 2001). КЕП вводили в/м у лікувальному режимі: 1 р/д – через 60 хв після парацетамолу (2 введення) та 3 дні після. У якості референс-препарату в/о вводили похідне амінокислоти L-цистеїну – ацетилцистеїн (АЦЦ) в дозі 150 мг/кг (Посохова К.А., 2012). Тварин виводили з експерименту через 24 год. після останнього введення КЕП.

Результати. Встановлено, що моделювання парацетамол-індукованого гепатиту у щурів супроводжувалось активацією процесів перекисного окислення ліпідів у тканинах печінки. На вказувало статистично вірогідне зростання ($p < 0,001$) вмісту реактанів з тіобарбітуровою кислотою (ТБК-РП) у гомогенатах печінки на 71,3% відносно показників інтактних щурів. На тлі введення АЦЦ рівень ТБК-РП знизився ($p = 0,04$) на 18,6%. Введення КЕП призвело до практично повного відновлення рівня ТБК-РП у гомогенатах печінки, який становив відповідно $9,3 \pm 1,48$ мкмоль/кг тканини (у інтактних тварин – $9,4 \pm 0,68$ мкмоль/кг тканини). Оцінка активності антиоксидантної системи за рівнем каталази у гомогенатах печінки показала, що розвиток гострого гепатиту супроводжувався зниженням ($p < 0,01$) активності каталази на 35,3% відносно показників інтактних щурів та становив відповідно $2,2 \pm 0,24$ мкат/кг тканини. На тлі введення КЕП зазначений показник зріс ($p = 0,03$) на 18,2%, а на тлі введення АЦЦ – зріс ($p < 0,01$) на 59,1% відносно показників щурів з парацетамол-індукованим гепатитом. Інтегральна оцінка стану прооксидантно-антиоксидантної системи у гомогенатах печінки показала, що на тлі парацетамол-індукованого гепатиту відмічається статистично вірогідне ($p < 0,001$) зниження значення антиоксидантно-прооксидантного індексу (АПІ) на 62,2%. Застосування КЕП, як й АЦЦ, призвело до зростання ($p < 0,01$) АПІ у 2,3 та 1,9 рази відповідно, що вказує на більш виразну здатність КЕП відновлювати баланс прооксидантно-антиоксидантної системи тканин печінки.

Висновки. Лікувальне застосування кріоекстракту плаценти чинить виразну гепатопротективну дію, на що вказує відновлення стану прооксидантно-антиоксидантної системи у тканинах печінки.

В.М. Кравченко
**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ
НАНОМОДИФІКОВАНИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ТКАНИН**

Кафедра загальної хірургії
О.А. Вільцанюк (к.мед.н.,доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблеми лікування гриж живота залишаються однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії. На сьогодні при проведенні оперативних втручань при лікуванні гриж широко використовуються сітчасті імплантати з поліпропілену(ПП). Але велика кількість ускладнень в післяопераційному періоді. потребує розробки нових видів імплантатів з антимікробними властивостями для профілактики післяопераційних ускладнень. Нами розроблено новий вид сітчастих імплантатів з ПП наномодифікованого комплексною добавкою вуглецеві нанотрубки(ВНТ) та наночастинки срібла.

Мета дослідження: Провести в експерименті оцінку реакції тканин на імплантацію розробленого сітчастого імплантату в порівнянні з класичним імплантатами з ПП та ендопротезу з ПП з антимікробними властивостями.

Матеріали і методи: Експериментальні дослідження проведені на 90 щурах, з дотриманням міжнародних законів про біоетику та законів України про проведення біомедичних експериментів. Тварини були розділені на 3 серії дослідів по 30 щурів у кожній. В I серії проведено імплантацію ПП сітки, в другій ПП сітки з антимікробним покриттям і в третій-розробленої сітки. Тварин виводили з дослідів шляхом передозуванням теопенталу натрію через 3,7,14,21,30,90 діб, забирали матеріали для морфологічних досліджень і проводили порівняльний аналіз змін в тканинах при використанні різних видів імплантатів.

Результати дослідження: В перші три доби при імплантації сіток в тканинах навколо сіток спостерігалась картина інтраопераційного пошкодження тканин з картиною реактивного запалення, при цьому вираженість цих процесів була більш вираженою навколо сіток з ПП, і менш вираженою навколо наномодифікованих сіток, що проявлялось менш вираженою ексудативною фазою запалення і більш ранній початок фази проліферації. Починаючи з 7 доби експерименту навколо імплантованих сіток починали формуватись сполучнотканина капсула формування якої при використанні ПП сітки та сітки з антимікробним покриттям тривало до 30 доби спостереження і остаточно завершувалось на кінцеві терміни спостереження. Тоді як при імплантації розробленої сітки процес формування сполучно-тканинної капсули навколо сіток завершувалось на 21 добу спостереження.

Висновки: Отримані дані при проведенні дослідження свідчать про високу біосумісність розробленого імплантату з тканинами, та потребують подальшого вивчення ефективності застосування наномодифікованого імплантату в умовах клініки.

О.В. Кузь
ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ АСОЦІЙОВАНА З ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д.мед.н.,проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день є багато доказів на користь впливу інфекційних агентів на виникнення тромбоцитопенії у дітей. Активація вірусами призводить до дисфункції запальних і прозапальних медіаторів в судинній стінці та дисбалансу в коагуляційній та фібринолітичній системах. Одним з найчастіших проявів порушення гемостазу є тромбоцитопенічна пурпура. Причини виникнення її на сьогоднішній день повністю не зрозумілі. За результатами метааналізу, серед педіатричних пацієнтів, які перенесли ускладнені вірусні інфекції, симптоматична тромбоцитопенія розвивається у 20-55% дітей. Очевидно, вірусні інфекції призводять до порушення в системі гемостазу, що потребує подальшого вивчення та аналізу літературних джерел.

Мета: Вивчити особливості перебігу тромбоцитопенії асоційованої з герпетичними інфекціями у дітей.

Матеріали і методи: Нами було опрацьовано Immune Thrombocytopenia Guidelines по діагностиці та лікуванню імунної тромбоцитопенії (American Society of Hematology (ASH) 2019 року). Методи клініко-анамнестичні, лабораторні (загальний аналіз крові, мієлограма, полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), імуноферментний аналіз).

Результати: Нами було проведено обстеження 25 дітей, хворих на тромбоцитопенічну пурпуру, асоційовану з герпесвірусною інфекцією, які знаходились на стаціонарному лікуванні у онкогематологічному відділенні КНП «ВОДКЛ» за період 2021-2022 рр.

У 17 пацієнтів, (68%), «суха» форма тромбоцитопенічної пурпури, а у 8 пацієнтів, (32%), – «волога» форма. У 7 пацієнтів з вологою формою тромбоцитопенічної пурпури, 87,5% випадків, проявами були носові та ясневі кровотечі, а в 12,5% випадку, була зафіксована маткова кровотеча. Усім дітям з тромбоцитопенією, асоційованою з герпесвірусною інфекцією, проводили кістково-мозкову пункцию. Зміни у мієлограмах у цих пацієнтів мали ідентичний характер, незалежно від виду герпесвірусної інфекції. Відмічалися зміни лейкопоезу у вигляді зниження індексу гранулоцитів, дисгранулопоезу нейтрофілів та збільшення кількості лімфоцитів. Гіперплазія мегакаріоцитарного паростка (збільшення кількості і розмірів мегакаріоцитів) після кровотечі-гіперплазія еритроїдного паростку. У обстежених дітей встановлено наявність герпесвірусної інфекції на основі проведених аналізів полімеразних ланцюгових реакцій та титру антитіл Ig M та G.

Висновки: тромбоцитопенія у дітей, може виникати, як безпосередньо внаслідок впливу патогенів вірусів на кістковий мозок і тромбоцити, так і при стимуляції цитокінів в судинній стінці, активації первинного гемостазу, що може викликати тромбоз, або патологічне споживання тромбоцитів.

Т.А. Кученко
**ПОЄДНАНИЙ ВПЛИВ ГРИБКОВИХ І ПИЛКОВИХ АЛЕРГЕНІВ ЯК ДОДАТКОВИЙ
ФАКТОР СЕЗОННОЇ АЛЕРГІЇ**

Кафедра фармації
В.В. Родінкова (д-р. біол. наук, професор)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: загальновідомо, що в навколишньому середовищі можуть одночасно знаходитись кілька факторів сезонної алергії. У континентальному кліматі помірної зони така тенденція спостерігається, в основному, в літні місяці під час активної палінації трав'янистих рослин та інтенсивної вегетації грибів. Тому метою нашого дослідження був аналіз часу потенційного одночасного впливу клінічно значущих концентрацій названих алергенів на жителів міста Вінниці.

Матеріали та методи: Дані концентрації пилку та спор за 2018-2022 рр. були отримані за допомогою уловлювача пилку та спор Буркард типу Хірст, розташованого на даху Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна на відносній висоті 25 метрів.

Результати: встановлено, що термін реєстрації клінічно значущих концентрацій (100 спор/м³ і більше) *Alternaria* протягом досліджуваних років збігався у часі з періодом реєстрації клінічно значущої концентрації пилку злаків (*Poaceae*), полину (*Artemisia*) та амброзії (*Ambrosia*). Ця концентрація складала 10 пилкових зерен/м³ для кожного з названих пилкових алергенів. Найкоротший період накладання клінічно важливих концентрацій спостерігався для *Alternaria* та *Poaceae*. У досліджувані роки він реєструвався, в середньому, протягом 19 днів з 22 червня по 10 липня. Клінічно значущі концентрації *Alternaria* і *Artemisia* перекривалися у часі, в середньому, з 25 липня по 19 серпня – впродовж 26 днів. А клінічно значущі концентрації *Alternaria* та *Ambrosia* регулярно збігалися у часі протягом 43 днів – з 7 серпня по 18 вересня. Цей збіг також часто спостерігався в перші два тижні жовтня, але не на регулярній основі. Більше того, впродовж 12 днів, з 8 по 19 серпня, реєструвалося накладення трьох потенційно алергенних факторів: концентрації *Ambrosia*, *Artemisia* та *Alternaria*, зазвичай, перевищували клінічно значущі значення у названий період.

Висновки: Отримані дані доводять можливість потенційного одночасного факторів алергенного впливу різної природи на організм сенсibiliзованих осіб. Цю інформацію необхідно врахувати в клінічній практиці для диференціальної діагностики та профілактики симптомів сезонної алергії. Для покращення профілактики та контролю цього виду алергії необхідне подальше дослідження відсотка пацієнтів, одночасно чутливих до досліджуваних видів алергенів та врахування отриманих даних під час алергопрогнозування.

О.В. Клименюк
**ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕМПІРИЧНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ СТРУКТУРНОЇ МОДЕЛІ
БАЛАНСОВИХ ЗНАЧЕНЬ ВИТРАТ, ЯКОСТІ, ТА КОМФОРТУ МЕДИЧНИХ
ПОСЛУГ ВІД ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИХ ЕЛАСТИЧНОСТЕЙ ПОПИТУ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
О. М. Очередько (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: система охорони здоров'я в Україні переходить на гнучкі механізми підтримки якості та комфорту медичних послуг, зокрема через запровадження спів-платежів. Це необхідно обумовлює науковий супровід для вибору раціональних шляхів імплементації та оптимізації процесу. Нами проводиться комбіноване дослідження основного масиву гінекологічних стаціонарних послуг в м. Вінниці. За основу взято теоретичну модель Д.Дранова і М. Саттертвайта, яка описує динамічний еквілібріум вартості, якості, і комфорту медичних послуг.

Мета: практичний пошук рішень удосконалення систем обслуговування громад.

Матеріали та методи: теоретична модель Д. Дранова і М. Саттертвайта (1992), що базується на поведінці провайдера, який намагається максимізувати прибуток, в певних межах (що задаються попитом) маніпулюючи трьома важливими атрибутами: ціна (p), якість послуг (q_1) і комфорт (cm). Попит q є функцією трьох, тобто $q(p, q_1, cm)$, він обмежує ціни та збільшує q_1 і cm . Загальна вартість є функцією попиту q , а також q_1 і cm , так що $C(q, q_1, cm) = q \cdot (a + b \cdot q_1 + c \cdot cm) + F$ з $a + b \cdot q_1 + c \cdot cm$ — варіабельні маргінальні витрати виробництва, а F — фіксовані витрати.

Результати: здійснені ідентифікація латентних факторів; емпірична верифікація структурної моделі балансових значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг в залежності від індивідуалізованих еластичностей попиту.

Висновки: структурна модель балансових значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг в залежності від індивідуалізованих еластичностей попиту Д.Дранова і М. Саттертвайта вперше пройшла емпіричну верифікацію.

Економічна модель і пов'язана з нею система одночасних рівнянь Д.Дранова і М. Саттертвайта може використовуватись для аналізу зрушень балансових значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг, зокрема в залежності від індивідуалізованих еластичностей попиту з широким полем практичних аплікацій.

Можливі застосування моделі стосуються оптимізації надання медичних послуг різним контингентам населення, вивчення раціональних комбінацій страхового покриття медичних потреб, покращення кейс-менеджменту в залежності від процесу організації медичних послуг, конкурентного, економічного та соціального поля, психологічних детермінантів.

І.М. Климчук

ТИПИ СТАТУРИ ЛЮДИНИ, ЯК МАРКЕРИ В ПРАКТИЦІ МЕДИЧНИХ АНТРОПОЛОГІВ

Кафедра анатомії людини

В.М. Андрійчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: в усі часи вчені, володіючи тими чи іншими методами дослідження, намагалися віднайти типові критерії, що могли б слугувати маркерами у виникненні хвороб або порушень здорового розвитку людини. Це надало б змогу легкому перебігу або навіть запобіганню розвитку певних захворювань. На сьогоднішній день можна виділити багато різних критеріїв та, разом з тим, найдоступнішою групою критеріїв є зовнішній вигляд людини.

Мета: дослідити підходи оцінки конституції людини з точки зору маркерів для вирішення задач прогнозування здоров'я, так як саме адаптаційні можливості і схильність до різних захворювань можуть залежати від приналежності до певних конституційних типів.

Матеріали та методи: структурований аналіз наукових вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, бібліографічних праць.

Результати: в різних наукових джерелах до сьогодні накопичена різноманітна інформація про захворювання людей, що мають різні морфологічні, функціональні і психологічні конституції. Саме соматичний тип людини є відносно стійкою, генетично детермінованою та зовнішньо найбільш доступною дослідженню підсистемою загальної конституції. Так, у астеників (гіпостеників) спостерігається підвищена збудливість і реактивність організму, вони більше схильні до неврозів, виразок шлунку і дванадцятипалої кишки, туберкульозу, бронхіальної астми, статевих розладів, гіпотонічної хвороби, шизофренії і фобічних станів. Туберкульоз та запальні процеси в них протікають ускладнено та мають гірші результати. Разом з тим у людей астеничного типу виявляється більша опірність до розвитку таких захворювань як: атеросклероз, ожиріння і цукровий діабет. Також для них характерна велика тривалість їх життя. У пікніків (гіперстеників) – відзначається більш частий розвиток атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (стенокардії, інфаркту міокарда, аритмії), гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, жовчнокам'яної хвороби, дисфункції жовчного міхура. Люди даного типу схильні до неврозу та істерій. Для них характерний песимізм, що пов'язаний з розвитком страхів і, як наслідок, маніакально-депресивний психоз. У сангвініків (нормостеників) можемо частіше спостерігати епілепсію та хвороби опорно-рухового апарату, що важче протікають. В порівнянні з пікніками такі хвороби, як: атеросклероз, особливо, мозкових коронарних і стегнових артерій, аорти, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет виникають рідше і протікають не так важко.

Висновки: при використанні типу статури, як маркера в передбаченні розвитку хвороб слід пам'ятати, що "чистих" типів практично немає, а прогнозування здоров'я вимагає застосування інших прогностичних критеріїв та дослідницьких результатів. Тому, якщо в якихось випадках зв'язок здається неочевидним, то це може свідчити про неточність співставлень. Отже, така позиція спонукатиме бути більш уважним і мати більш цілісний погляд у аналізуючій роботі.

О.К. Крохмалюк, А.К. Крохмалюк

ВЕДЕННЯ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ З ПІДОЗРОЮ НА ЗЛОЯКІСНИЙ ПРОЦЕС

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

М.В. Власенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вузловий зоб – це збірне морфологічне поняття, яке об'єднує утворення щитоподібної залози різної будови. Кількість хворих на вузловий зоб зростає, і питання їх діагностики потребує вивчення. Тактика діагностики залежить від розміру вузла, динаміки його росту і співставлення висновків за системами TI-RADS і BETHESDA .

Мета: Встановити доцільність виконання тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАБ) після ультразвукової оцінки вузлового зобу за системою TI-RADS. Визначити, які висновки ТАБ були підставою для оперативного втручання, чи був діагноз підтверджений гістологічно. Проаналізувати зв'язок між наявністю ознак аутоімунного тиреоїдиту і ступенем вузлового зобу.

Матеріали і методи: Проаналізовано 16 випадків вузлового зобу у пацієнтів із сумнівними цитологічними висновками. Серед хворих 14 жінок (52 ± 7 років) та 2 чоловіки - 48 та 51 рік. Проведені обстеження за загальними протоколами діагностики вузлового зобу: оцінка результату УЗД за системою TI-RADS, функції щитоподібної залози - за рівнем тиреотропного

гормону (ТТГ), вільного тироксину (вТ4) та антитіл до тиреопероксидази (АТ до ТПО), оцінка результату ТАБ за системою BETHESDA. Всі пацієнти прооперовані і мають гістологічне заключення.

Результати: 8 клінічних випадків за даними ТАБ віднесені до класу BETHESDA 4 та 8 випадків – до класу BETHESDA 5. Розміри вузлів склали до 2,5 см у 10 пацієнтів, і більше 2,5 см - у 6 осіб. У 7 випадках із 16 гістологічне обстеження підтвердило рак щитоподібної залози, переважно папілярний. У жодного пацієнта не зафіксовані зміни функції щитоподібної залози. Рівень АТ до ТПО був підвищений у 4 випадках – 150-430 Од. При цьому гістологічно підтверджений папілярний рак, віднесений до категорій TI-RADS 4a та TI-RADS 5 і категорій BETHESDA 4 та BETHESDA 5. Результати УЗД були оцінені як TI-RADS 3 у 10 пацієнтів, TI-RADS 4a – у 5 випадках і TI-RADS 5 – у 1 випадку. При ступені TI-RADS 5 вузол був більше 2,5 см, цитологія відповідала BETHESDA 5, гістологічно – злякисний процес, пацієнт – чоловічої статі.

Для аналізу результатів ТАБ скельця переглядали двічі, різні цитологи. При TI-RADS 3 - BETHESDA 4 зустрічалась у 6 осіб, BETHESDA 5 – у 4 пацієнтів. Діагноз підтверджений іншим цитологом лише у 4 випадках. При повторних оглядах пунктатів встановлювали нижчий ступінь BETHESDA. Найбільш варіабельною є категорія BETHESDA 4.

Заклучення УЗД зі ступенем TI-RADS 4a співпадало із цитологічним висновком BETHESDA 5 (3 випадки із 16). Ступеню TI-RADS 5 відповідало заключення BETHESDA 4 із гістологічним підтвердженням раку.

Висновки: Вузлові форми зобу з утвореннями більше 2 см обов'язково потрібно пунктувати. Особливо при ступені TI-RADS 3. Наявність підвищеного рівня АТ до ТПО при заключенні по системах BETHESDA 4 і TI-RADS 3 не виключає рак щитоподібної залози. Наявність відмінностей при цитологічному заключенні по системі BETHESDA 4 вимагає обов'язкового огляду пунктатів двома цитологами для встановлення заключного діагнозу.

К. О. Лобурець

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ЗЛЯКИСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Кафедра загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти

М. А. Кубрак (д. філософії, асистент)

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. У випадку ускладнених злякисних захворювань ободової кишки основна мета хірургічної допомоги – це не радикальне усунення злякисного процесу, а збереження життя хворого. Враховуючи широку різноманітність структури ускладнень, залишається дискусійним питання щодо оптимальної хірургічної тактики.

Мета. Аналіз структури ускладнених форм раку товстого кишківника та хірургічної тактики лікування пацієнтів в залежності від виду ускладнень.

Матеріали та методи. Ретроспективне дослідження історій хвороби 71 (100 %) пацієнта, що проходили лікування з приводу ускладнених форм колоректального раку в умовах хірургічного стаціонару. В групу ввійшло 35 (49,3 %) жінок та 36 (50,7 %) чоловіків.

Результати. У 49 (69,0 %) пацієнтів виявлено пухлину товстого кишківника з кишковою непрохідністю, у 13 (18,3 %) – з перфорацією пухлини, у 3 (4,2 %) хворих - гостра кишкова кровотеча. У 4 (5,6 %) госпіталізованих мало місце поєднання гострої кишкової непрохідності з перфорацією пухлини товстої кишки, ще у 2 (2,9 %) - кишкової непрохідності з кровотечею.

Радикальні оперативні втручання виконано 48 (67,61 %) хворим: у 17 (35,42 %) - правобічна геміколектомія, 23 (47,92 %) - резекція лівих відділів товстого кишківника з пухлиною, 8 (16,66 %) – лівобічна геміколектомія. У 40 (83,33 %) пацієнтів виконана лімфодисекція D1, у 8 (16,67 %) – операція без виконання лімфодисекції. У 18 (25,35 %) госпіталізованих виконані паліативні операції: у 4 (22,22 %) - правобічна геміколектомія, у 11 (61,11 %) – резекція лівих відділів товстої кишки, у

3 (16,66 %) – лівобічна геміколектомія. Лімфодисекція D1 виконана у 14 (77,78 %) пацієнтів, без виконання лімфодисекції оперовано 4 (22,22 %) пацієнтів. У 5 (7,04 %) хворих проведені симптоматичні операції: 3 (60,00 %) виконана цекостомія, 2 (40,00 %) – накладання обхідних тонко-товстокишкових анастомозів.

Висновки: Злоякісні новоутворення лівих відділів товстого кишківника виявлені в 2,2 рази частіше у порівнянні з утвореннями правих відділів - 49 (69,0 %) та 22 (31,0 %) відповідно. Найбільш розповсюдженим ускладненням колоректального раку є гостра кишкова непрохідність, виявлена у 49 (69,0 %) пацієнтів. Перфорація пухлини - у 13 (18,3 %) пацієнтів. Гостра кишкова кровотеча - у 3 (4,2 %) хворих, в поєднанні з непрохідністю - у 2 (2,8 %) пацієнтів. Поєднання гострої кишкової непрохідності з перфорацією пухлини діагностована у 4 (5,6 %) прооперованих. У 56 (78,9 %) хворих з ускладненими формами колоректального раку діагностовано III – IV стадію пухлинного процесу. В структурі операцій превалювали первинні радикальні втручання – 48 (67,61 %), паліативні операції виконані у 18 (25,35 %) хворих, симптоматичні втручання – у 5 (7,04 %).

Д. І. Мартиненко

КОРОНАРНІ СУДИНИ: АНОМАЛІ ЇХ РОЗВИТКУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Л.П. Солейко (к. м. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Аномалії коронарних артерій виявляють рідко – із частотою 0.3-1.6%. Розрізняють великі та малі аномалії, та багато інших. На жаль, ці аномалії не виявляються клінічно, а дебютують в багатьох випадках раптовою смертю. При чому ризик раптової смерті існує як у дитячому віці, так і в дорослому, особливо під час фізичних навантажень. Детальне обстеження коронарних артерій має бути складовою частиною коронарографії, внутрішньокоронарної томографії та безперечно уапопсії, особливо у випадках раптової смерті.

Мета: Показати на прикладах наявність виявлення цих аномалій в умовах сучасних кардіоцентрів.

Матеріали та методи: Вивчені історії хвороб 2-х пацієнтів з різними аномаліями коронарних артерій. Застосовані: ЕКГ-обстеження, холтерівське моніторування ЕКГ, об'єктивне обстеження, лабораторне обстеження та коронарографія.

Результати: Обстежено 2-х пацієнтів. Перший – жінка 53 років, поступила у інфарктне відділення Вінницького регіонального кардіоцентра зі скаргами на важкість у ділянці серця, перебої та серцебиття, слабкість, втомлюваність, сухий кашель. Хворіє протягом багатьох років. Діагнози змінювались: від хронічної ревматичної лихоманки до міокардиту. В віці 51 року вперше була висунута думка про аномалію розвитку коронарної артерії. В інституті кардіохірургії ім. М.М.Амосова був встановлений остаточний діагноз: ВВС- аномальне

відходження лівої коронарної артерії, дефіцит мембранозної частини міжшлуночкової перетинки, фіброеластоз, кальциноз ендокарда, фібриляція передсердь, СН 2Б. Прооперована: АКШ та процедура Мозе. Реабілітація проведена успішно. Друга хвора – жінка 55 р. поступила з такими ж скаргами. При трансторакальній ЕХО-КГ виявлена фістула коронарної артерії, яка призвела до виникнення 2-х лівих передсердь (трипередсердне серце) з наявністю великої кількості тромботичних мас. Прооперована. Реабілітація успішна.

Висновки: На сучасному рівні інструментальної діагностики необхідно при виявленні первинних симптомів (особливо в дитячому віці) швидко проводити діагностику, відповідне лікування.

О.Л. Маховський

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ERAS ПРОТОКОЛУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З КІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

О.Є. Каніковський (д.мед.н., професор ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: ERAS протокол – це програма догляду за післяопераційними хворими які перенесли значну травматичну операцію з метою покращити відновлення пацієнтів, зменшити ускладнення, скоротити терміни перебування в лікувальному закладі. Пацієнти з ускладненими кістами підшлункової залози відносяться саме до цієї категорії хворих.

Мета: Покращити результати лікування хворих з ускладненими кістами підшлункової залози шляхом застосування протоколу швидкого відновлення хворого

Матеріали та методи: На базі хірургічної клініки медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова в період з 2010 по 2023рр. проведено оперативне втручання 142 хворим на хронічний панкреатит, що супроводжувався кістами підшлункової залози. Серед них кількість чоловіків- 108, жінки – 34, середнє значення віку $44,0 \pm 13,8$ року. 76,8% пацієнтів мали вік від 30 до 60 років. Усіх пацієнтів було поділено згідно Nealon's класифікації кіст: тип 7 (протока розширена та є зв'язок з кістою) – 23 пацієнтів, тип 4 (протока ПЗ не розширена, наявна стриктура та зв'язок з кістою) – 70, тип 3 (протока ПЗ не розширена наявна стриктура, сполучення з кістою відсутнє) – 49;. 84% хворих мали супутнє патологію. Ступінь фіброзу підшлункової залози оцінювався згідно з Марсельсько-Римською класифікацією хронічного панкреатиту, також хворим було проведено вимірювання внутрішньопротокового тиску, тиску у просвіті кісти та вимірювання тиску тканинного спротиву. В залежності від отриманих результатів передопераційного обстеження та даних отриманих інтраопераційно хворим було проведено відповідний тип оперативного втручання. В післяопераційному періоді 55 хворим проведено відновлення згідно ERAS протоколу.

Результати: В післяопераційному періоді 30 хворим проведено відновлення згідно ERAS протоколу. З метою оцінки больового синдрому хворим було проведено опитування за шкалою ВАШ та опитувальника SF-36. Больовий синдром прямо залежав від термінів які пройшли з моменту оперативного втручання. Розподіл хворих на кісти підшлункової залози по опитувальнику SF-36 показав що «інтенсивність болю» (P) склала $3,4 \pm 0,2$ та інтенсивність болю згідно ВАШ $2,6 \pm 0,16$ при опитуванні на момент виписки зі стаціонару. При опитуванні на першу добу після оперативного втручання встановили наступні дані $P=9,7 \pm 0,51$ ($t=6,6$; $p<0,01$), ВАШ= $8,1 \pm 0,42$ ($t=5,1$; $p<0,01$). При опитуванні на третю добу ці показники відповідали значенням $P=5,8 \pm 0,24$ ($t=10,0$; $p<0,01$), візуально-аналогова шкала $=5,4 \pm 0,32$ ($t=7,5$; $p<0,01$)

Висновки: ERAS у хворих на кісти підшлункової залози включав: знеболення епідурально + ведення парацетамолу та декскетопрофену, засоби для покращення перистальтики, назогастральну інтубацію з послідуємим раннім годуванням хворого, ранню активізацію хворих дихальну гімнастику. Даний підхід значно пришвидшує відновлення пацієнтів та значно скорочує терміни лікування хворих у стаціонарі з 12-14 до 7-10 діб.

В.М. Моцюк

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ШКАЛИ КОНТРОЛЮ НУТРИТИВНОГО СТАНУ CONUT У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Н.О. Пентюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: мальнутриція (нутритивна недостатність) є новітнім поширеним ускладненням багатьох гострих та хронічних захворювань внутрішніх органів, зокрема цирозу печінки (ЦП). Наразі відомо про депримуєчий вплив мальнутриції на виживання пацієнтів з ЦП, однак пошук надійних інструментів оцінки триває.

Мета: дослідити прогностичне значення шкали контролю нутритивного стану CONUT у пацієнтів з цирозом печінки.

Матеріали та методи: з 2019 по 2021 роки було обстежено 161 хворого на ЦП ($55,2 \pm 11,6$ років). Важкість ЦП оцінювали за шкалою Child-Turcotte-Pugh (СТР) та Model For End-Stage Liver Disease (MELD). Компенсований (клас А за СТР) та декомпенсований (класи В і С за СТР) перебіг ЦП був встановлений у 23 та 138 хворих, відповідно. 50 пацієнтів померли протягом подальшого спостереження (489 (293 – 639) днів). Шкала контролю нутритивного стану CONUT (CONUT) була використана для оцінки нутритивного стану. CONUT базується на оцінці рівнів альбуміну, загального холестерину сироватки крові, кількості лімфоцитів в крові та класифікує пацієнтів в 4 групи: нормальний нутритивний стан (0 – 1 бал), легка (2 – 4 бали), помірна (5 – 8 балів) та тяжка (≥ 9 балів) мальнутриція.

Результати: згідно CONUT нормальний нутритивний стан мали 24 (14,9 %) пацієнти, легку мальнутрицію – 47 (29,2 %) пацієнтів, помірну мальнутрицію – 75 (46,6 %) пацієнтів, тяжку мальнутрицію – 15 (9,32 %) пацієнтів. Збільшення тяжкості ЦП асоціювалося зі збільшенням частоти і тяжкості нутритивної недостатності. Тяжкий асцит, гідроторакс, маніфестна печінкова енцефалопатія, коагулопатія достовірно частіше реєструвалися у пацієнтів із помірною і тяжкою нутритивною недостатністю. CONUT корелювала зі шкалами СТР, MELD ($r = 0,653$ та $0,523$ відповідно, $p < 0,001$). В ROC аналізі встановлено, що цифрова шкала CONUT має добру прогностичну цінність у передбаченні летального випадку ($AUC = 0,781$, $p = 0,000$). В аналізі Каплана-Мейера виживаність пацієнтів з помірною та тяжкою мальнутрицією була достовірно нижчою ніж у пацієнтів з нормальним нутритивним станом та легкою мальнутрицією. В багатомірному регресійному аналізі печінкова енцефалопатія II – IV ступеня, альбумін сироватки крові < 30 г/л, помірна та тяжка мальнутриція за CONUT були незалежними предикторами смертності хворих (HR 2,28, 2,27, 3,69 відповідно, $p < 0,05$).

Висновки: шкала контролю нутритивного стану CONUT є надійним інструментом нутритивної оцінки та може прогнозувати виживання пацієнтів з цирозом печінки. Мальнутриція є потенційно оборотним ускладненням, тому адекватна оцінка нутритивного стану з використанням CONUT та специфічне втручання можуть покращити прогноз при ЦП.

О.О. Паламарчук
**АНАЛІЗ РІВНЯ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДО АЛЕРГЕННОГО ПИЛКУ ТРАВ
ТА ДЕРЕВ**

Кафедра фармації

В.В. Родінкова (д. біол. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Алергія до пилоквих алергенів є нагальною проблемою сучасності, яка не оминула і Україну.

Мета. Аналіз рівня сенсibiliзації пацієнтів до алергенного пилку трав'янистих та дерев'янистих рослин.

Матеріали та методи. Для визначення регіональних особливостей сенсibiliзації до алергенних факторів біологічного походження ми проаналізували дані 8016 пацієнтів з 25 міст України за допомогою молекулярного багатокомпонентного тесту Alex. До уваги було взято значення специфічного імуноглобуліна Е (sIgE) до пилоквих алергенів різних груп. Рівні імуноглобуліну вимірювались у кілоюнітах (тисячах міжнародних одиниць) на літр (kU/l). У групі пилоквих алергенів була проаналізована гіперчутливість до 61 молекулярного компонента пилку, який входив до панелі тесту Alex.

Результати. Результат аналізу даних показав, що серед усіх 8016 пацієнтів сенсibiliзованим хоча б до одного із алергенів першої групи були 4903 особи. Тобто, їх частка складала 61,17% від загальної кількості. Серед цих 4903 сенсibiliзація до пилку дерев проявилась у 3461 пацієнта, що склало 70,59 % від сенсibiliзованих першої групи, а до пилку трав та бур'янів алергічний прояв виявили 4103 пацієнта і це склало 83,68 %. Однією із вагомих причин поширення сенсibiliзації населення до пилку трав є їх географічне розповсюдження, оскільки трав'янисті рослини, зокрема злакові, складають основу рослинності у будь-якій природній зоні [1], а, відтак, зустрічаються в кожному регіоні. Аналіз чутливості пацієнтів у розрізі регіонів показав, що загалом сенсibiliзація до алергенів трав'янистих рослин була вищою у всіх регіонах. Дані показали, що чутливість до трав варіювала в діапазоні від 10% до 77,8 %, тоді як чутливість до дерев була загалом нижчою і варіювала в межах 10 % - 50,0 % від числа сенсibiliзованих в кожному регіоні. Ще одним фактором, який вказує на те, що саме алергени трав'янистих рослин мають більше значення для популяції українців, це рівень чутливості населення до цих алергенів. Референтним значенням тесту Alex, після якого вважається, що чутливість виявлено, є рівень 0,31 kU_A/L. Концентрація sIgE до 1 kU_A/L вказує на низький рівень сенсibiliзації, від 1 до 5 kU_A/L – на помірний, від 5 до 15 kU_A/L – на високий. Якщо концентрації sIgE перевищують 15 kU_A/L, така сенсibiliзація до певного алергену вважається дуже високою (рис 1.). Вона, як правило, у більшості випадків супроводжується клінічними симптомами [2.]. Особливо – якщо мова йде саме про пилокві алергени [3]. За результатами тесту Алекс високий рівень чутливості до алергенів трав мали 2857 особи, в той час як до дерев – 1445. Суттєва різниця також реєструвалася і для надвисокого рівня: 1795 сенсibiliзованих до алергенів пилку трав і 752 – до алергенів дерев.

Висновки: Рівень чутливості до алергенів трав значно переважає над таким для дерев. Особливо яскраво ця різниця проявляється у категорії осіб з високими та дуже високими рівнями сенсibiliзації, що переважають у пацієнтів з чутливістю до алергенів трав.

О.А. Панібратюк
**ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ТРИВАЛОГО ПРИЙОМУ АНТИКОАГУЛЯНТІВ ПРИ
ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О. Яковлева (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: комплаєнс пацієнта щодо лікування залежить від багатьох факторів, зокрема, відсутності небажаних лікарських реакцій, ефективності терапії, її доступності.

Мета: вивчити особливості прихильності до антикоагулянтів серед пацієнтів з постійною та тривало персистуючою формою фібриляції передсердь у Подільському регіоні України.

Матеріали та методи: обстеження пацієнтів здійснювались на базі КНП «ВРЦСП», включено в дослідження 193 хворих на фібриляцію передсердь. Пацієнти були поділені на групи відповідно фармакотерапії антикоагулянтами: I – Рівароксабану, II – Дабігатрану. Варфарин приймали наступні дві групи, залежно від наявності мутації ферментів детоксикації CYP2C9*, що пов'язані зі збільшенням ризику кровотеч, III – Варфарину з наявною мутацією CYP2C9*, IV – Варфарину без мутації. У групах Варфарину 1 р/міс. контролювали показники МНВ, з відповідною корекцією дози лікарського засобу. Через кожних 3 міс. відбувався телеконтроль переносимості фармпрепаратів у всіх групах порівняння. Статистична обробка результатів проводилась за допомогою програм «Statistica» Порівняння ознак у групах проводилось з використанням дисперсійного аналізу – One way ANOVA & LSD test. Міжгрупова достовірність різниці кількісних величин – % - за критерієм χ^2

Результати: проведений аналіз щодо ефективності та безпеки лікування. Кількість пацієнтів, які відмовились від подальшого прийому ліків з різних причин (в середньому після року прийому препаратів) мала числові дані: 12(24,0%) у групі Рівароксабану; проти 15(37,5%) у групі Дабігатрану; проти 6(8,6%) у групі Варфарину з мутацією; проти 2(6,7%) у групі Варфарину без мутації (χ^2 –критерій $p_{1-3}=0,02$; $p_{1-4}=0,04$; $p_{2-3}=0,0002$; $p_{2-4}=0,003$). Тобто, у групах прямих оральних антикоагулянтів пацієнти більше ніж у 3,5 рази частіше відмовлялись від прийому ліків. Серед причин відмови передусім була значна вартість ліків відповідно: 10(20,0%), проти 12 (30,0%), проти 0(0), проти 0(0) (χ^2 –критерій $p_{1-3}=0,0001$; $p_{1-4}=0,009$; $p_{2-3}<0,0001$; $p_{2-4}=0,001$). Якщо аналізувати зв'язок смерті пацієнта з відміною антикоагулянта чи не регулярним його прийомом – 0(0); проти 2 (5,0%); проти 0(0); проти 0(0), $p_{2-3}= 0.06$ (тенденція до достовірності). Наступною вагомою причиною відмови була наявність геморагічних ускладнень: 3(6,0%) проти 3(7,5%), проти 6(8,6%), проти 2(6,7%). За цим критерієм групи достовірної відмінності не мали, та показали схожі результати.

Висновок: потрібно дуже виважено підходити до вибору антикоагулянту конкретному пацієнту: обговорити особливості препаратів та інформацію щодо можливої заміни ліків. Не регулярний прийом, чи самостійна відміна ліків, може мати незворотні наслідки. Тому саме на ці аспекти повинна бути направлена просвітницька робота лікарів.

О.А. Панкова
**РОЛЬ КАТЕСТАТИНУ У ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ,
ПОЄДНАНОЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Кафедра загальної практики – сімейної медицини

О.М. Корж (д.мед.н., професор)

Харківський національний медичний університет
Харків, Україна

Актуальність. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з найрозповсюдженіших патологій у практиці лікарів первинної ланки та може обумовлювати розвиток серцево-судинної патології й інших ускладнень, зокрема хронічної хвороби нирок. Своєчасна діагностика ГХ дозволяє попередити розвиток ускладнень та досягти контрольованого перебігу захворювання. Катестатин (КТС) є сучасним маркером ГХ, зокрема за рахунок антиадренергічного та антигіпертензивного ефектів.

Мета. Визначення діагностичного потенціалу КТС у пацієнтів з ГХ, поєднаної з цукровим діабетом 2 типу (ЦД2т), та встановлення взаємозв'язків між концентраціями КТС у плазмі крові та рівнем артеріального тиску (АТ) і тривалістю захворювання.

Матеріали та методи. Дане дослідження проведено у повній відповідності до етичних принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження схвалений локальною етичною комісією. До проведення будь-яких процедур дослідження кожний учасник дослідження власноруч підписав письмову інформовану згоду. У дослідженні прийняло участь 136 учасників, з яких 30 майже здорових добровольців та 106 пацієнтів з ГХ, 55 пацієнтів з яких мали коморбідну патологію ГХ та ЦД2т. На візиті скринінгу проведено клінічне обстеження кожного пацієнта та здійснено забір зразків крові для подальшого визначення біохімічних показників і рівнів КТС. Рівні КТС в плазмі крові визначали шляхом імуноферментного аналізу з використанням набору реактивів (E4996Hu, BT Lab, Shanghai, China). Статистичні дані представлені як середнє арифметичне±стандартне відхилення. Статистична значущість визначена як $p < 0,05$. Статистичний аналіз даних проведено за допомогою пакетів прикладних програм IBM SPSS Statistics 25.0 та Microsoft Excel 2019 MSO.

Результати. Пацієнти з ГХ ($N=106$) мають достовірно нижчі рівні КТС в плазмі крові порівняно з контрольною групою ($N=30$) ($5,02 \pm 1,09$ порівняно з $6,64 \pm 0,72$ нг/мл; $p < 0,001$), в той час як середня концентрація КТС серед учасників дослідження складала $5,38 \pm 1,22$ нг/мл. Крім того, у пацієнтів з ГХ у поєднанні з ЦД2т ($N=55$) відзначаються ще нижчі рівні КТС, ніж у пацієнтів з ГХ без наявності супутнього ЦД2т ($N=51$) ($4,47 \pm 1,16$ порівняно з $5,61 \pm 0,61$ нг/мл; $p < 0,001$). В результаті проведеного кореляційного аналізу встановлено достовірний зворотній зв'язок помірної сили між рівнем КТС та систолічним АТ ($r = -0,475$; $p < 0,001$), в той час як кореляція з діастолічним АТ є статистично не значимою ($r = -0,078$; $p = 0,369$). До того ж, КТС зворотно корелює з тривалістю ГХ ($r = -0,26$; $p = 0,007$). З іншого боку, значимих асоціацій з тривалістю ЦД2т не було виявлено ($r = -0,261$; $p = 0,055$).

Висновки. Отриманні результати дослідження свідчать про залучення КТС до патогенезу ГХ та дозволяють розглядати його як маркер ГХ, зокрема у популяції пацієнтів з ГХ, поєднаної з ЦД2т.

В.П. Передрій
СИНДРОМ ГОСТРОЇ КАЛИТКИ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ХІРУРГА

Кафедра дитячої хірургії

Є.Є.Лойко (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром гострої калитки (СГК) одне з найпоширеніших урологічних захворювань у дітей раннього, дошкільного та шкільного віку.

Мета: Вивчити ефективність діагностики та лікування у дітей за для покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування СГК.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 49(30%) дітей з SGK віком 2-17 років. Вивчалися оперовані діти з перекрутом яєчка,гідатид Морганьї,орхоепідидимітом, травмою гонади та калитки.

Результати: Тривалість SGK при перекруті яєчка до поступлення в стаціонар становила 40.2+5 год.,доопераційний період в ОДКЛ - 180+2 год.,тривалість операції 47+-15хв..

При перекруті гідатид Морганьї - 50.5 +7.7 год.,180+-3 год.,тривалість операції 31.7+-3.9 хв., відповідно. При орхоепідидиміті ці показники склали: 46.8+-1,1 год.,доопераційний період 240+-0.8 год.,а тривалість операції 240+-3.9 хв..Відповідні показники SGK при травмі яєчка та калитки були в межах – 29.2+-0.9 год.,78+-105 год.,а тривалість операції – 78+-21 хв.,відповідно.

Чотирьом дітям(3.2%) з SGK проведена повторна планова операція(орхектомія).Трьом (1.7%) із них після перекруту яєчка,одній (1.5%) дитині – після перенесеного гострого орхоепідидиміту ускладненого напруженою прогресуючою гематомою калитки та позаочеревинного простору.

Висновки: Перекрут яєчка є ургентною діагностичною і хірургічною ситуацією дитячого віку,яка потребує невідкладного хірургічного лікування (ревізія калитки, деторсія статевої залози,усунення інтра- та екстратестикулярної гематоми,однобічна орхіпексія відновлення перфузії ішемізованої гонади.У новонароджених проводиться двобічна орхіпексія шляхом серединного оперативного доступу.

Операція проведена в перші 6 годин захворювання зберігає життєздатність гонади у 100% випадків.Граничним критерієм уникнення некрозу та післяопераційної атрофії органу є перекрут яєчка на 270-360° та давність захворювання в межах 24 - 48 годин.

О.О. Помпій, Е.С. Помпій

ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ ДО ДЕНТИНУ ЗУБІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ УНІВЕРСАЛЬНОЇ АДГЕЗИВНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра стоматології

Т. М. Керімова (зав. каф.)

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

м. Рівне, Україна

Актуальність: слабкою ланкою прямих фотокомпозиційних реставрацій залишається інтерфейс дентин-фотокомполит, зокрема гібридний шар адгезивної системи (АС). Універсальні АС дають змогу проводити адгезивну підготовку в концепціях тотального або самопротравлення твердих тканин. Визначення оптимальної техніки адгезивної підготовки для універсальних АС дозволить поліпшити надійність реставрацій у клінічних умовах.

Мета: дослідити в лабораторних умовах крайове прилягання фотокомпозиційних реставрацій за використання універсальної адгезивної системи з різними протоколами адгезивної підготовки.

Матеріали та методи: для дослідження були виготовлені 20 зразків видалених інтактних третіх нижніх молярів, на апроксимальних поверхнях яких відпрепарували порожнини довжиною 3 мм, шириною 3 мм та глибиною 3 мм, при цьому приясенні стінки порожнин знаходились на рівні емалево-цементного з'єднання. В 10 зразках І групи адгезивну підготовку провели за технікою тотального протравлення із застосуванням АС Single Bond Universal, 3М ESPE, а в 10 зразках ІІ – за технікою самопротравлення аналогічною АС. Анатомічну форму видалених зубів в обох групах пошарово відновили фотокомпозиційним матеріалом Filtek Ultimate, 3М ESPE. Поверхні зразків покрили ізолюючим лаком за виключенням приясенної

стілки реставрацій. Зразки зберігали протягом 7 днів у 1% розчині метиленового синього. Після вилучення зразків із розчину їх розрізали навпіл у повздовжньому напрямку та вивчали глибину проникнення барвника в прилясній ділянці реставрацій.

Результати: у зразках I групи глибина мікропідтікань барвника коливалась від 0,01 мм до 0,23 мм із середнім значенням $0,12 \pm 0,05$ мм. Достовірно ($p < 0,05$) гірші показники крайового прилягання мали зразки II групи, водночас розбіг значень проникнення метиленового синього складав від 1,12 мм до 3,00 мм, що становило, у середньому, $2,24 \pm 0,83$ мм. Значний діапазон показників зразків II групи вочевидь пояснюється різним ступенем залишкової вологості дентину під час виконання адгезивної підготовки та її впливом на формування гібридного шару універсальної АС.

У зразках II групи фіксували проникнення барвника до дна сформованих порожнин, зокрема виявили 3 подібних зразка (30,0% від кількості зразків у групі) натомість в I групі таких випадків зареєстровано не було. Протягом вивчення інтерфейсу дентин-фотокомпозиційний матеріал було встановлено, що в зразках I групи розподілення розчину метиленового синього на лінії адгезивного з'єднання було рівномірним, хоча в іншій експериментальній групі знаходили поодинокі ділянки поширення барвника на межах реставрацій у порівнянні з сусідніми ділянками.

Висновки: відповідно до результатів лабораторного дослідження кращі показники крайового прилягання демонстрували зразки, виготовлені з використання універсальної адгезивної системи за технікою тотального протравлення.

Ю.А.Пунько

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕАТОРАГІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

О.Є. Каніковський (професор ЗВО)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічний панкреатит (ХП) захворювання із багатогранною клінічною та морфологічною картиною. Класично патоморфологічними ознаками ХП вважається наявність атрофії підшлункової залози (ПЗ) з протоковою гіпертензією і наявністю калькульозу паренхіми ПЗ. Клінічно – це приступність вираженого больового синдрому у пацієнтів, наявність екзо- та ендокринної недостатності ПЗ. Панкреаторагія у свою чергу являється рідкісним ускладненням, що характеризується кровотечею із Фатерового сосочку, джерело якого знаходиться або в підшлунковій залозі, або в прилеглих до неї анатомічних структурах.

Мета: проаналізувати клінічний досвід лікування панкреаторагії, що виникла у пацієнтів з ускладненим хронічним панкреатитом в післяопераційному періоді

Матеріали та методи: Особистий досвід, а також ретроспективний аналіз статей та огляд медичної літератури наукових баз Scopus, Web of Science, PubMed, MedLines, систематизація та послідовна інформаційна обробка джерел вітчизняного, іноземного походження.

Результати: Панкреаторагія як ускладнення в післяопераційному періоді виникла у 6 пацієнтів. При подальшому дослідженні встановлено, що основним джерелом панкреаторагії була нижня панкреатодуоденальна артерія. У даному випадку панкреаторагія виступала як основний прояв захворювання у пацієнтів. У 2 пацієнтів простежувалося наявність аневризми панкреатодуоденальної артерії з послідувочою кровотечею в просвіт кісти, та в 1 хворого панкреаторагія виникла в просвіт шлунково-кишкового тракту із клінікою кровотечі. Серед

них у 2 хворих панкреаторагія була з просвіту анастомозу, та у 1 хворого з панкреато-плевральної нориці.

Висновки: Вивчивши достеменно дане питання з обробкою джерел вітчизняного та іноземного походження, можна зробити висновок, що в післяопераційному періоді для попередження виникнення панкреаторагії, одним із дієвих способів являється прошивання судин в паренхімі ПЗ шовним матеріалом із полідіоксанону та пломбування дефектів Вірсунгового протоку фібриновим або ціаноакриловим клеєм, але дане питання в майбутньому потребує подальшого детального вивчення.

І.Ю. Пшенична

ДОСЛІДЖЕННЯ СПІВВІДНОШЕННЯ РІЗНИХ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВИМІРУ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ

Кафедра очних хвороб

Н.В. Малачкова (к.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Правильне вимірювання та інтерпретація результатів внутрішньоочного тиску (ВОТ) є одним із основних інструментів для спостереження за пацієнтами в динаміці [Антонов А., 2020]. Тонометрія (Гольдман) та пневмотонометрія є доволі поширеними сучасними методиками вимірювання внутрішньоочного тиску закордоном [Chan W., 2012]. На теренах України все ще не втратила своєї актуальності тонометрія (Маклаков), в якості контрольного методу перевірки референтних значень ВОТ [Котляр К., 2021].

Мета: Провести порівняльний аналіз результатів виміру внутрішньоочного тиску у пацієнтів з глаукомою та без різними видами сучасних тонометрів: (Гольдмана НТ-5000, апланаційним ТГД-01 (Маклакова) та безконтактним пневмотонометром HUVITZ HNT-1P).

Матеріали та методи: Усі пацієнти були обстежені трьома методами вимірювання ВОТ на обох очах із 5-хвилинним інтервалом, щоб уникнути похибок у інтерпретації результатів під впливом біомеханічних змін властивостей рогівки після застосування апланаційної тонометрії. Адаже обрані методи вимірювання ВОТ мають різний ступінь інвазивності [Wu Y., 2019]. Спершу виміри робились тонометром (Гольдман), потім пневмотонометром і тонометром (Маклаков). При проведенні дослідження були чітко визначені критерії включення та виключення. Для кореляційного аналізу відмінностей між тонометричними показниками ВОТ використано коефіцієнт рангової кореляції Стьюдента.

Результати: У даному дослідженні взяли участь 73 пацієнтів (обстежено 146 очей) Університетської клініки ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Серед них жінок—42 особи (57,5%), чоловіків—31 особа (42,5%). Із вперше виявленою глаукомою було 49 пацієнтів (67,12%), без глаукоми—24 пацієнти (32,88%). Середній ВОТ (Гольдман): у пацієнтів з глаукомою— $23,08 \pm 6,82$ мм рт.ст., без— $14,32 \pm 6,68$ мм рт.ст. Середній ВОТ пневмотонометричний: у пацієнтів з глаукомою— $20,83 \pm 6,68$ мм рт.ст., без— $12,30 \pm 6,56$ мм рт.ст. Середній ВОТ (Маклаков): у пацієнтів з глаукомою— $27,58 \pm 7,05$ мм рт.ст., без— $18,59 \pm 6,91$ мм рт.ст. Середня різниця між даними (Гольдман) та пневмо $2,16 \pm 1,19$ мм рт.ст. Середня різниця між даними (Маклаков) та (Гольдман) $4,52 \pm 2,61$ мм рт.ст. Середня різниця між даними (Маклаков) та пневмо $6,68 \pm 3,86$ мм рт.ст. Дана розбіжність у результатах вимірювання відмічалась особливо помітно у пацієнтів із вперше виявленою глаукомою. Т-критерій Стьюдента становить 1,630. Число ступенів свободи (df)—144. ($T_{кр}$) при даному числі ступенів свободи—1,528. Оскільки

$T_{кр} < T$, можна зробити висновок про наявність достовірної різниці між даними (Маклаков) та пневмо у пацієнтів із вперше виявленою глаукомою ($p < 0,05$).

Висновки: При порівняльному аналізі результатів виміру внутрішньоочного тиску у пацієнтів з глаукомою та без різними видами сучасних тонометрів (Гольдмана НТ-5000, апланаційним ТГД-01 (Маклакова) та безконтактним пневмотонометром HUVITZ HNT-1P) отримано розбіжність у тонометричних показниках. Встановлено достовірну різницю між даними (Маклаков) та пневмотонометрії у пацієнтів із вперше виявленою глаукомою ($p < 0,05$).

Я.В. Резнік

РІВНІ ЧУТЛИВОСТІ ДО ГРИБКОВИХ АЛЕРГЕНІВ У НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ПРОФІЛАКТИКА АЛЕРГІЇ, ВИКЛИКАНОЇ СПОРАМИ ГРИБІВ

Лабораторія вивчення алергенних факторів довкілля ВНМУ ім. М.І. Пирогова

В.В. Родінкова (д. біол. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Спори мікроміцетів знаходяться в атмосферному повітрі постійно протягом року. А безперервний контакт зі спорами грибів, які є чужорідними для людського організму агентами, призводить до розвитку реакцій на них з боку імунної системи. Серед таких реакцій, насамперед – імунологічна відповідь у вигляді інфекційного запалення та алергії. Адаже гриби можуть одночасно викликати інфекційні та важкі алергічні реакції, сприяючи гіперчутливості типу I (IgE), типу III (IgG) і типу IV (Т-клітини). Гіперчутливість I типу реєструється переважно у хворих на atopію, тоді як інфекції часто пов'язані з імунною недостатністю. До грибів, що несуть як інфекційну, так і алергічну загрозу для людини належить термофільний аспергіл (*Aspergillus fumigatus*). Мезофільні гриби (*Alternaria alternata*, *Cladosporium herbarum*) діють лише як аероалергени. Відомі грибові аероалергени, наразі, виявляються серед представників 3 типів грибів: Basidiomycota, Ascomycota, Zygomycota. Алергени Ascomycota, що контракт з ними відбувається через повітря, є найчисленнішими: тип містить майже 50% усіх названих видів грибів. До нього входить ~80% грибів, які мають медичне значення.

Мета: визначення рівня чутливості до грибкових алергенів у населення Вінницької області з ціллю профілактики алергії, викликані спорами грибів.

Матеріали та методи: З метою оцінки характеру сенсibiliзації населення до аероалергенів грибів був проведений аналіз даних IgE-опосередкованої, істинної, сенсibiliзації до них та інших мікроміцетів за допомогою багатокомпонентного молекулярного тесту ALEX². Тест дає змогу визначити чутливість до алергенів аспергілу (*Aspergillus*), пеніцилу (*Penicilium*), альтернарії (*Alternaria*), кладоспоріуму (*Cladosporium*), маласезії (*Malassezia*). Оцінювалися дані 87 жителів Вінницького регіону, які проходили тестування у 2020-2022 роках. Вік учасників варіював від 1 до 66 років.

Результати: Чутливість до грибів спостерігалася у 20 пацієнтів або 23,0 % загальної вибірки. З них 15 або 75 % були чутливими до альтернарії. Своєю чергою, 93,3 % з них були чутливими до білка Alt a 1. До аспергіла та маласезії були чутливими по 6 пацієнтів або 30 % від сенсibiliзованих осіб. Чутливість до кладоспоріуму була характерною лише для 2 пацієнтів або для 10 % досліджуваної вибірки. Чутливість до пеніцилу спостерігалася лише в 1 людини; 3 та 7 пацієнтів мали, відповідно, високий та надвисокий рівні сенсibiliзації до Alt a 1. У 1 пацієнта реєструвався високий рівень чутливості до Asp f 4, високий рівень сенсibiliзації до Mala s 6 мали 2 пацієнти.

Висновки: Найбільш важливим сенсibiliзуючим фунгальним агентом для вивченого населення Вінницької області є алергени альтернарії. Наступним за клінічною значущістю

були алергени аспрегіла, відомого здатністю викликати як алергічні, так і інфекційні реакції. Кладоспоріум, кількість спор якого у повітрі, зазвичай, найбільша, характеризувався низькою алергенністю. Цю інформацію потрібно враховувати при складанні алергопрогнозів.

Семененко К.М.

НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВИХ НА ТЛІ ПОШИРЕНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

М.Вінниця, Україна

Актуальність: Велику категорію складають військові, які через стан свого здоров'я не можуть поповнити лави Збройних Сил України. Найпоширенішою причиною є поширений остеохондроз хребта, у військових це пов'язано із порушенням обміну речовин, ушкодженням хребта, із значними фізичними навантаженнями, особливо при носінні бронезилету та поєднання шкідливих звичок. Особлива актуальність дослідження цих неспсихічних порушень пов'язана зі схильністю до хронізації процесу і фіксації симптомів у вигляді стійких змін особистості, адже після проходження курсу медичної реабілітації військовим знову ж повинні повертатися на фронт.

Мета: підвищення ефективності комплексного лікування шляхом виявлення кореляційних зв'язків неспсихічних психічних порушень з наявністю поширеного остеохондрозу хребта в учасників бойових дій.

Матеріали та методи: було обстежено в одній із Вінницьких військових частин в період з жовтня 2022 по лютий 2023 рр. 56 респондентів – учасників бойових дій. Використовувались основні методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний, статистичний, було проведено клініко-психодіагностичне дослідження когнітивних функцій, тривожності, рівня депресивності, функціонального стану, особистісного диференціалу, визначення нервово-психічної стійкості, актуального психоемоційного стану з метою вироблення алгоритму обстеження та подальшого лікування.

Результати: В обстежених, в яких було діагностовано поширений остеохондроз хребта, виявлені неспсихічні психічні порушення, що мають різну клінічну симптоматику у вигляді поганого самопочуття, швидких змін настрою, емоційною нестійкістю з приводу різноманітних дрібниць, нав'язливих станів, тривожності, внутрішньої напруженості, порушення сну, підвищеною образливістю і конфліктністю з неадекватними вчинками, але водночас із збереженням реакції на критику, правильної оцінки ситуації, здатності контролю за своєю поведінкою.

Висновки: Наявність в цього контингенту пацієнтів неспсихічних психічних розладів на тлі поширеного остеохондрозу хребта зумовлено тим, що були проведені малі терміни реабілітаційного лікування, наявність захворювання має хронізацію процесу, адже отримане лікування має симптоматичний характер. Чим важча симптоматика соматичної патології, тим більш виражені симптоми неспсихічного рівня, і навпаки. При проведенні саме комплексного лікування можна досягти покращення і психічного, і фізичного стану пацієнтів.

М.В. Свіргун
**АНАЛІЗ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ
(ПОКД) У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ
КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ**

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та МНС

А.І. Семененко (професор., д. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Етіологія ПОКД у ортопедичних хворих на сьогоднішній день не встановлена. Існує багато факторів, включаючи тромбоемболічні ускладнення, вплив анестезії, наявність больових відчуттів в післяопераційному періоді. Істотний внесок у вивчення предикторів ПОКД зробили G. Lachmann, I. Feinkohl, F. Borchers et al., провівши в 2018 році дослідження ризику післяопераційних когнітивних порушень, пов'язаного з впливом передопераційного ЦД, артеріальної гіпертензії (АГ) й ожиріння. ПОКД мала місце у 5,2% пацієнтів з DECS, у 9,4% з SuDoCo і у 32,1% пацієнтів з дослідження OSTOPUS. Аналіз літературних джерел показав відсутність достатньої інформації щодо залежності виникнення ПОКД у пацієнтів з ожирінням після ендопротезування кульшового суглоба під спінальною анестезією.

Мета. Проаналізувати залежність виникнення ПОКД у пацієнтів з ожирінням після ендопротезування кульшового суглобу під спінальною анестезією в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. Кількість хворих, які були включені в дослідження - 120 пацієнтів. Всі хворі лікувалися в травматологічному відділенні КНП «Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» та оперовані з приводу перелому стегна - ендопротезування кульшового суглобу. В день поступлення, хворим вираховували ІМТ. Як одну з основних оціночних шкал ПОКД використовували шкалу Mini mental State Examination (MMSE). Статистичну обробку проводили за програмами StatPlus, за параметричними та непараметричними критеріями, відмінності вважали значущими при $p < 0,05$.

Результати. Аналіз величини індексу тіла і характеру статури пацієнтів залежно від динаміки когнітивної функції на 7-у добу після ендопротезування свідчив про наявність певної асоціації негативної динаміки когнітивної функції з тяжким (III ступінь) аліментарно-конституційним ожирінням, що підтверджувалось суттєво вищим % цих випадків у групі з негативною динамікою порівняно з групою без неї – 8,3 % проти 0, $p = 0,004$ за критерієм χ^2 . Попри те ці зміни відбувались при відсутності значимих відмінностей у середній величині ІМТ між групами (25,8 і 26,6 $\text{кг}/\text{м}^2$, $p = 0,41$ за T-test for Independent Samples).

Висновки. Доведено, що статистично значимі асоціації негативної динаміки когнітивної функції на 7-у добу після ендопротезування мали місце у хворих з тяжким абдомінально-конституційним ожирінням ($\text{ІМТ} > 40 \text{ кг}/\text{м}^2$) ($p = 0,004$).

О.З. Скакун
**РІВНІ РОЗЧИННИХ РЕЦЕПТОРІВ ІЛ-2 У ПАЦІЄНТІВ З КОРОНАВІРУСНОЮ
ХВОРОБОЮ COVID-19 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Н.М. Середюк (д. мед. н., проф.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Незважаючи на можливість вакцинації, коронавірусна хвороба (COVID-19) залишається важливою медико-соціальною проблемою. Відомо, що коморбідні захворювання, зокрема артеріальна гіпертензія (АГ) можуть обтяжувати перебіг COVID-19. Активно вивчається роль біомаркерів, які можуть бути предикторами тяжкого перебігу COVID-19, а також летального наслідку.

Мета: встановити прогностичну цінність розчинних рецепторів ІЛ-2 (sIL-2R) при пневмонії, асоційованої з COVID-19, у пацієнтів АГ.

Матеріали та методи. У дослідження включено 135 пацієнтів, які були госпіталізовані з приводу COVID-19. Усі пацієнти були невакцинованими. У 106 (78,5%) пацієнтів була діагностована АГ до госпіталізації.

Результати. Рівень sIL-2R сироватки крові на момент госпіталізації у пацієнтів з АГ становив 5,87 [4,51–8,16] нг/мл, у пацієнтів без АГ – 4,99 [3,56–6,14] нг/мл ($p=0,04$). У пацієнтів з АГ, у яких розвинувся тяжкий/критичний перебіг COVID-19, рівень sIL-2R на момент госпіталізації становив 6,29 [4,69–9,45] нг/мл, у пацієнтів з середньотяжким перебігом – 5,59 [4,34–7,28] нг/мл ($p=0,14$). Рівень sIL-2R при госпіталізації у пацієнтів, які потребували кисневої терапії (6,86 [5,33–7,89] нг/мл), та у пацієнтів, які не потребували кисневої терапії (5,52 [5,03–6,14] нг/мл) статистично достовірно не відрізнявся ($p=0,12$). Серед пацієнтів з АГ, які померли за час стаціонарного лікування, була тенденція до вищого рівня sIL-2R у сироватці крові на момент госпіталізації, ніж у тих, хто вижив (7,80 [5,96–9,94] нг/мл у померлих пацієнтів порівняно з 5,62 [4,29–7,71] нг/мл у тих, хто вижив, $p=0,07$). Рівень sIL-2R сироватки крові на момент госпіталізації не продемонстрував належних значень щодо прогнозування тяжкого/критичного перебігу у пацієнтів з АГ ($AUC=0,583$, $p=0,138$). Значення індексу Юдена 0,26 свідчить про відсутність здатності цього біомаркера прогнозувати розвиток тяжкого/критичного перебігу за час перебування у стаціонарі. Також не встановлено, що рівень sIL-2R є предиктором потреби в кисневій терапії у пацієнтів з АГ ($AUC=0,589$, $p=0,121$). Індекс Юдена дорівнював 0,24, що свідчить про відсутність предиктивних властивостей щодо прогнозування потреби у кисневій терапії за час стаціонарного лікування. У пацієнтів з АГ не виявлено достатніх дискримінаційних властивостей рівня sIL-2R сироватки крові ($AUC=0,664$, $p=0,075$) щодо прогнозування внутрішньолікарняної смертності. Індекс Юдена становив 0,35, що свідчить про слабку здатність щодо прогнозування летального наслідку за час перебування у стаціонарі.

Висновки. Отже, рівень sIL-2R сироватки крові на момент госпіталізації не є надійним предиктором тяжкого/критичного перебігу COVID-19, потреби у застосуванні кисневої терапії за час стаціонарного лікування та внутрішньолікарняної смертності.

А.В. Соломончук, Д.В. Діденко, А.В. Бронюк

ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Л.В. Распутіна (професор, д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Відомо, що фактори ризику та перебіг інфаркту міокарда (ІМ) мають гендерні відмінності, а у випадку поєднання ІМ з гострою серцевою недостатністю (ГСН) ускладнюється курація пацієнтів.

Мета. Оцінити частоту поєднання ІМ та ГСН, відмінності факторів ризику та перебігу ІМ залежно від статі пацієнтів.

Матеріали та методи. В проспективному дослідженні проаналізовано дані 308 пацієнтів ІМ середнього віку ($62,9 \pm 0,6$) років, з них 215 чоловіків (69,8%) та 93 жінки (30,2%). Всі пацієнти перебували на лікуванні в спеціалізованому кардіологічному відділенні. Проведено ретельний збір анамнезу, загальноклінічне обстеження, лабораторне обстеження, ЕКГ, ехокардіографія, коронарорентрикулографія.

Результати. Встановлено, що серед усіх обстежених 161 (52,3%) особа мала ГСН I класу за Killip, 44 (14,3%) – ГСН клас II, 55 (17,8%) – ГСН клас III та 48 (15,6%) пацієнтів – ГСН клас IV. Жінки були достовірно старшого віку ($68,3 \pm 1,3$) років проти ($60,7 \pm 0,6$) років у чоловіків ($p=0,0001$). Жінки частіше мали АГ в анамнезі – 96,7%, тоді як серед чоловіків частота АГ складала 82,7% ($p=0,0008$), а також серед жінок більша кількість осіб мали АГ 3 ступеню – 63,4% проти 44,2% серед чоловіків ($p=0,0006$). Серед пацієнтів чоловічої статі переважали особи із АГ тривалістю до 5 років (37,1%), а серед жінок - лише 21,5% ($p=0,006$), АГ понад 10 років частіше мали жінки (48,4%), ніж чоловіки (22,8%, $p=0,0002$). Чоловіки та жінки із ІМ не відрізнялись достовірно за показником індексу маси тіла (ІМТ) ($p=0,29$), але 64,2% чоловіків мали ІМТ нижче $29,9 \text{ кг/м}^2$, тоді як серед жінок – лише 49,5% ($p=0,015$).

Цукровий діабет 2 типу частіше діагностували у жінок, ніж у чоловіків – 27,9 та 12,1% відповідно ($p=0,0006$).

При розподілі чоловіків та жінок із ІМ на вікові групи визначено, що в молодших вікових групах порівняно більше чоловіків – 14,9% проти 5,4% жінок у віці 30-49 років ($p=0,02$), 30,2% чоловіків проти 15,1% жінок віком 50-59 років ($p=0,005$). У віковій групі 60-69 років відсоток серед чоловіків та жінок не відрізнявся, а в групі віком понад 70 років збільшується частка жінок – 51,6%, а частка чоловіків зменшується – 21,9% ($p=0,0001$).

Висновки. Встановлено, що до 33,4% пацієнтів з ІМ мають ознаки ГСН. Визначено старший вік жінок із ІМ, більш тривалий анамнез АГ у жінок та більший відсоток жінок із ЦД 2 типу порівняно із чоловіками

О.О. Стецун

РОЛЬ СЕКРЕТОРНОГО ІНГІБІТОРА ПРОТЕАЗИ ЛЕЙКОЦИТІВ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (професор, д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Інгібітор секреторної протеази лейкоцитів (SLPI) є еволюційно консервативним плейотропним білком, який експресується на поверхнях слизової оболонки, головним чином епітеліальними клітинами. SLPI пригнічує протеази, проявляє антимікробну активність і пригнічує опосередковану ядерним фактором каппа В (NF- κ B) транскрипцію запального гена. SLPI підтримує гомеостаз у бар'єрних тканинах, запобігаючи руйнуванню тканин і регулюючи поріг запальних імунних реакцій, одночасно захищаючи господаря від інфекції. Володіючи захисними, імунорегулюючими та антимікробними властивостями, рівень SLPI може стати корисним індикатором в клінічній оцінці запальних захворювань легень у дітей, в тому числі пневмонії.

Мета: Оцінити роль секреторного інгібітора протеази лейкоцитів при запальних захворюваннях дихальної системи у дітей.

Матеріали та методи: Опрацьовано результати близько 30 наукових досліджень за останні 5 років, що були опубліковані у наукометричних базах PubMed, Scopus, WoS.

Результати: згідно опрацьованих досліджень, чітко встановлено, що роль SLPI у контролі запальних реакцій виходить за межі інгібування серинових протеаз. Використовуючи SLPI з мутованим активним сайтом антипротеази або усічений SLPI, який не має потенціалу інгібітору протеїнази, виявлено, що вони пригнічують відповідь макрофагоподібних клітин на ліпополісахариди. SLPI відіграє важливу роль у гомеостатичній відповіді епітеліальних клітин на вплив мікроорганізмів. Це спостереження підтвердили дослідженням *in vivo* з використанням вільних від бактерій мишей, які викликали експресію SLPI в тонкій кишці та товстій кишці після колонізації мікробіотою. Хоча роль SLPI в обмеженні мікробного навантаження на бар'єрах організму в процесі дослідження, було показано, що SLPI бере участь у регуляції порогу активації епітелію для мікробних сигналів. В іншому дослідженні, введення аерозольного SLPI значно знижувало активність нейтрофільної еластази у пацієнтів з муковісцидозом і знижувало концентрацію хемоаттрактанта нейтрофілів CXCL8. Проте, аерозоль не був ефективно депонований у погано вентильованих областях легень. Враховуючи його диференціальну експресію при деяких видах раку та бічному аміотрофічному склерозі (БАС), а також враховуючи його схильність до процесингу специфічними протеазами, такими як хімаза, було запропоновано, що SLPI служить біомаркером раку, БАС та активності хімази при алергічних захворюваннях дихальних шляхів.

Висновки: SLPI відіграє важливу роль у кількох сферах: як антимікробний агент; контролює перетворення медіаторів запалення та захищає від надмірного пошкодження тканин протеолітичними ферментами; пригнічує запальні реакції контролюючи активність фактора транскрипції NFκB; регулює продукцію та проімунногенну функцію позаклітинних пасток нейтрофілів, а також є компонентом механізму, що контролює ріст, диференціацію та апоптоз клітин. Завдяки протеазній активності SLPI, досліджується його терапевтичний ефект при захворюваннях легень.

В. Р. Тагеев

КЛАСИФІКАЦІЇ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ ТА ЇХ НЕДОЛІКИ

Кафедра хірургії №1 з курсом урології

В. О. Шапринський (д. м. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: представлені на сьогоднішній день класифікації дивертикулярних захворювань базуються на клінічних, радіологічних та оперативних результатах, але більшість не може бути використана в клінічній практиці. Враховуючи усі класифікації та їх використання, створення уніфікованої системи оцінки дивертикулярної хвороби та її ускладнень є дуже актуальною.

Мета: провести огляд сучасних класифікацій дивертикулярних захворювань та визначити найбільш корисну для використання в клінічній практиці.

Матеріали і методи: опрацьовані наукові праці та клінічні випадки з досвіду роботи вітчизняних та зарубіжних авторів з ресурсів PubMed, GoogleScholar, Medline, Elsevier.

Результати: Дивертикулярна хвороба є однією з найбільш розповсюджених захворювань товстої кишки. Перша класифікація дивертикулярної хвороби була створена Хінчі у 1978 р. Вона мала на меті диференціювання чотирьох стадій перфоративного дивертикуліту. В 1999

р. Васвари опублікував модифікацію, яка розширила початкову класифікацію Хінчі, додавши легкий перебіг дивертикульозу та розмежувавши обмежене параколичне запалення від параколичного абсцесу. У цьому ж році Келер опублікував клінічну класифікацію, яка диференціювала симптоматичний неускладнений перебіг та рецидивуючий перебіг з ускладненнями. З 1998 р. у німецькій літературі використовувалась класифікація Хансена-Сток, яка враховувала безсимптомний дивертикульоз, а також ускладнений дивертикуліт на різних стадіях в залежності від ступеня ускладнень. Інша німецька класифікація, запропонована Зівертом (1995 р.), мала схожі розмежування ускладненого перебігу захворювання. Запровадження КТ як методу візуалізації дивертикулярних захворювань призвело до зміни першочергової класифікації Хінчі. В 1997 р. Шер та співавтори внесли модифікацію для розділення дивертикулярних абсцесів, а від того і нової стратегії лікування, що мало на меті використання черезшкірного дренажу з використанням КТ. Амбросетті описав роль КТ при дивертикулярному захворюванні та виділив дивертикуліт як тяжку стадію дивертикульозу, що створювало керівництво для ведення гострих ускладнень дивертикулярної хвороби та прогноз розвитку хронічних ускладнень консервативного лікування. В 2014 р. Німецькою спілкою гастроентерології, захворювань травного тракту та обміну речовин, та Німецькою спілкою загальної і вісцеральної хірургії в клінічну практику була впроваджена нова класифікація CDD (Classification of Diverticular Disease), яка розмежує різні типи гострої ускладненої дивертикулярної хвороби, а також хронічний перебіг захворювання та виділяє окремий тип ускладнення - дивертикулярну кровотечу.

Висновки: Кожна класифікація дивертикулярних захворювань товстої кишки підкреслює різні аспекти, але не надає цілісної картини для оцінки перебігу хвороби та рекомендацій щодо її лікування. Існує потреба в уніфікованій системі класифікації дивертикулярної хвороби товстої кишки, яка включатиме сучасні методи візуалізації та розроблятиме керівництво для подальшого менеджменту захворювання.

Л.А. Тереховська

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДОРΟΣЛИХ

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними статистики, близько 5.9% молодих людей відповідають діагностичним критеріям РДУГ, за даними інших досліджень, в зрілому віці це число становить близько 2.5-2.8%, в віці старше 50 років – близько 1.5%.. Через різні причини (значна спектральність, відсутність виражених симптомів гіперактивності та відносна високофункціональність в дитинстві, недоступність належної діагностики та допомоги тощо) велика частина людей може не отримати діагноз в ранньому віці, проте відчувати симптоми при досягненні повноліття, що може впливати на якість життя. Люди, що мають РДУГ, статистично мають гірші показники в навчанні, на 50% вищу вірогідність отримати травму в результаті нещасного випадку або стати учасником ДТП, високу коморбідність з іншими психічними розладами.

Мета: дослідити особливості діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих.

Матеріали та методи: було опрацьовано дані досліджень, літератури, клінічних протоколів, проведено аналіз клінічних випадків.

Результати: згідно з діагностичною класифікацією DSM-V діагностика РДУГ у дорослих та дітей проводиться за одними критеріями, але з певними модифікаціями. Для дорослих вимагається наявність 5 симптомів неухвильності та/або гіперактивності та імпульсивності (у порівнянні 6 симптомів для діагностики у дітей), непосидючість у дитинстві часто трансформується в обмежене відчуття неспокою. При діагностиці потрібно враховувати, що деякі прояви можуть маскуватись за допомогою вдалих копінг-стратегій. Хоч і наявність РДУГ є предиктором гіршої успішності та часто супроводжується труднощами в організації та виконанні завдань, проте дані про успіхи у навчанні, наявність вищої освіти та/або досягнень у роботі не є протиріччям щодо постановки діагнозу. Для РДУГ характерна висока коморбідність, зокрема, з тривожними розладами, депресією, РАС, розладами особистості, ОКР, тікозними розладами, розладами порушення контролю імпульсів, схильністю до аддикцій тощо, що потрібно враховувати при діагностиці.

Висновки: питання діагностики РДУГ у дорослих є актуальним, адже має високу розповсюдженість та може значно впливати на різні аспекти життя. Вчасні та ефективні втручання, зокрема психоедукація, когнітивно-поведінкова терапія, медикаментозне лікування РДУГ та супутніх розладів, соціальні

А.П.Тимошук, А.С.Кушнір, А.В.Юрець

ГАНГРЕНОЗНА ПІОДЕРМІЯ ЯК ПОЗАКИШКОВИЙ ПРОЯВ ХВОРОБИ КРОНА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Н. В. Кузьміна (професор, д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця Україна

Актуальність: В клінічній практиці гангренозну піодермію (ГП) часто не ідентифікують та встановлюють помилковий діагноз, що нерідко є причиною невірному лікуванню.

Мета: Оцінити клінічні ознаки та методи діагностики гангренозної піодермії як позакишкового прояву хвороби Крона.

Матеріали та методи: Клінічний випадок, медична документація.

Результати: Пацієнтка К. 38 років, поступила в Гастроентерологічний центр ВОКЛ з діагнозом: Хвороба Крона А2,В1,розповсюджена форма, важкий перебіг, загострення. Келоїдний рубець зап'ястя та тильної поверхні китиці.

Загальний стан середнього ступеню. На передній та задній поверхні грудної клітки видимі келоїдні рубці: промежини, зап'ястя та китиці(д-20 см). При пальпації живіт м'який, болючість в ділянках сліпої та сигмовидної кишки. Зі сторони інших органів та систем без суттєвих змін.

Анамнез захворювання: Зі слів хворої та наявної медичної документації на тлі загострення хвороби Крона в пацієнтки виникають папули на тілі, які перетворювались у виразки з периферичним некрозуванням. В січні 2021р. поступила в гінекологічне відділення ВОКЛ з наступним переведенням в Хірургічний центр з діагнозом: некротична рана промежини. Після проведення консилиуму встановлено діагноз: Хвороба Крона А2, В1 з перианальним ураженням та позакишковими проявами (гангренозна піодермія). Призначено лікування: месалазин 6,0 г/добу, преднізолон 90 мг/добу, рифаксимін 1200мг/д, ентерол750мг\д, місцева санація бетадином. Після чого стан покращився, рана поступово загоїлась. В грудні 2021 р. після порізу канцелярським ножом з'явилась гнійна рана, яка трансформувалась до глибокої виразки зап'ястя, що містила гнійно-некротичні маси. В різних лікувальних закладах

проводилось лікування (комбінована антибіотикотерапія: хірургічна обробка рани) без суттєвого ефекту. Поступила в опікове відділення ВОКЛ з діагнозом: Некротична рана лівого зап'ястя, китиці. Після проведення обстеження (в т. ч. дослідження на бактеріальну флору: росту немає) та консилиуму встановлено діагноз: Хвороба Крона А2, В1, розповсюджена форма, важкий перебіг, загострення. Позакишкові прояви (гангренозна піодермія). Призначено Метілпреднізолон 32 мг/добу, месалазин 7.0 г/добу, азатіоприн 100 мг/добу, місцево: преднізолонова мазь, декасан, біогальванізація. На фоні імуносупресивної терапії стан суттєво покращився, утворився келоїдний рубець. Через певний час хвора самостійно припинила лікування, стан погіршився, з приводу чого госпіталізована в Гастроцентр ВОКЛ.

Висновки: Таким чином, у пацієнтів з ЗЗК при появі уражень шкіри на фоні активності основного процесу слід одразу оцінювати симптоми з точки зору наявності позакишкових проявів, з метою своєчасної діагностики та патогенетичного лікування.

Т.В. Тисевич

СИНДРОМ БАГАТОЗАДАЧНОСТІ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.М. Ваколюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

Вінниця, Україна

Актуальність. Сучасний темп життя молоді вимагає працювати в режимі багатозадачності. Студентський період характеризується великим потоком інформації пов'язаної з навчальною та поза навчальною діяльністю, що викликає постійне психологічне напруження і перенапруження.

Мета: вивчення синдрому багатозадачності серед молоді та можливих його наслідків, розробка гігієнічних рекомендацій по уникненню багатозадачності.

Матеріали та методи. Аналіз наукових інтернет-джерел (PubMed, MedScare, Scopus, GoogleScholar) та іншої літератури щодо синдрому багатозадачності сучасної молоді.

Результати. Багатозадачність (синдром Цезаря) – це вміння людини одночасно виконувати декілька видів робіт, постійно перемикаючи увагу. Більшість студентів працюють в режимі багатозадачності, оскільки перед ними стоїть ряд завдань пов'язаних з навчальною діяльністю, професійним ростом, особистісним розвитком, потребою у додатковому заробітку. Поряд з цим молодь значну частину свого вільного часу проводить за гаджетами, надаючи перевагу соціальним мережам, аніж активному дозвіллю. Багатозадачність потребує постійної максимальної концентрації уваги та напруги. Це призводить до виснаження ресурсів молодого організму, внаслідок чого розвивається професійне вигорання та хронічна втома. Така людина втрачається інтерес як до професійного, так і до особистісного розвитку.

Насправді людина не може синхронно виконувати декілька видів справ, і її мозок постійно перемикається між завданнями. Вчені дослідили, що у людей, які одночасно займаються декількома справами мають низьку щільність ділянки головного мозку, що відповідає за емоційний контроль, і такі люди надзвичайно лабільні у настрої. Перемикання уваги людини з однієї справи на іншу потребує 20% затрат від загальної продуктивності. Щоб зосередитися на виконанні конкретного завдання потрібно не менше 23 хвилин. І при постійному перемиканні уваги між завданнями буде страждати якість та тривалість їх реалізації. Також, згідно досліджень, рівень IQ людини з синдромом багатозадачності відповідає віку восьмирічної дитини. Щоб уникнути зрушень в стані здоров'я та результати праці були

якісними, варто уникати багатозадачності. В першу чергу потрібна чи мала сила волі, щоб реорганізувати звичний спосіб виконання роботи. Завдання повинні бути чітко сформульовані, а план їх виконання занотований. Починати роботу потрібно поступово з найпростіших завдань та дотримуючись послідовності. Не варто перемикатися на іншу роботу, не закінчивши попередньої. Дотримання оптимального ритму праці позитивно вплине на її якість. Виконуючи роботу, не відволікатися на перегляд соціальних мереж, розмови тощо. Правильне чергування праці та відпочинку сприятиме емоційному благополуччю.

Висновки. Багатозадачність знижує ефективність праці та розумову працездатність, виснажує енергетичні ресурси та сприяє дезадаптації. Дотримуючись гігієнічних принципів оптимізації повсякденної діяльності, можна ефективно виконувати всі необхідні справи без шкоди для здоров'я.

М.В. Шилівська, Д.В. Гаврилюк

ВАЖЛИВІСТЬ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ ЯК СКЛАДОВОЇ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Н.П. Дзись (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Умови життя, які були спричинені пандемією COVID-19 та війною, призвели до постійного стресу, порушень харчової поведінки, режиму праці та відпочинку, неможливості вчасно звернутись за медичною допомогою, що в сукупності відображається на роботі усього організму, а особливо репродуктивної системи, що вимагає підвищеної уваги до даної теми.

Тривале психоемоційне напруження негативно впливає на гормональний гомеостаз і призводить до порушення менструальної та репродуктивної функцій, тому оцінка ендокринного статусу наразі є пріоритетною. Одним із найбільш розповсюджених гормональних розладів, які виникають під впливом стресу є гіперпролактинемія, яка за даними ВООЗ є причиною безпліддя в 7% усіх випадків та аменореї у 20%. Саме тому, стало питання про дослідження рівня гормонів, а особливо пролактину, у жінок з порушенням менструальної та репродуктивної функцій.

Мета. Вивчити гормональний гомеостаз у жінок з порушенням функції репродуктивної системи та проаналізувати зв'язок гіперпролактинемії та гінекологічної патології.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів гормонального дослідження 65 пацієнток віком від 20 до 43 років з клінічними проявами безпліддя, гірсутного синдрому, акне, порушень менструального циклу, аномальних маткових кровотеч (АМК). Визначення рівнів гормонів проводилося на базі медичної лабораторії «Сінево» шляхом використання імунохімічного дослідження з електрохемілюмінесцентною детекцією на 2-4 день менструального циклу.

Результати. Результати гормонального дослідження показали підвищення концентрації пролактину в сироватці крові у 38 із 65 (58%) обстежених, а підвищення рівня інших гормонів мало місце у 27 (42%) жінок. У пацієнток з ПМЦ частіше зустрічалось поєднане підвищення концентрації пролактину та андрогенів, як на тлі безпліддя (64%), так і без нього (44%), тоді як у жінок з безпліддям в рівній мірі спостерігалось ізольоване підвищення рівня пролактину та андрогенів (по 38%). Серед усіх обстежених із гіперпролактинемією відмічено поєднане

підвищення рівнів інших гормонів, однак ізольоване збільшення лише пролактину – в 9% жінок.

Щодо порушень менструального циклу, то у жінок із гіперпролактинемією найчастіше спостерігались: АМК (33%), олігоменорея та аменорея (по 19%), дисменорея (16%), опсоменорея (13%). У 26 пацієнток в ході клінічного обстеження було виявлено гірсутний синдром та акне, що в 77% випадків поєднувались із ПМЦ та у 81% супроводжувались гіперандрогенією.

Висновки. Результати досліджень свідчать, що зміни гормонального гомеостазу тісно пов'язані з гінекологічною патологією та можуть бути причиною виникнення ПМЦ і втрати репродуктивного потенціалу протягом усього фертильного періоду життя жінки. Тому, мультидисциплінарний підхід є невід'ємним аспектом ведення таких пацієнток з метою вирішення питання ефективної медикаментозної корекції, що в подальшому дозволить мінімізувати застосування допоміжних репродуктивних технологій, як єдиного шляху вирішення даної проблеми.

М. І. Шулякова

ВПЛИВ ПСИХОЕДУКАЦІЇ НА РІВЕНЬ ДЕПРЕСІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ще до початку повномасштабної війни в Україні система охорони здоров'я стикнулася з появою категорій населення, які потребують лікування та відновлення психічного здоров'я внаслідок впливу стресу, зумовленого бойовими діями. Це ветерани, внутрішньо-переміщені особи, діючі військовослужбовці. Очевидно, що з 24 лютого 2022 року їх кількість стрімко зростає. Так, станом на 4 грудня 2022 року Управління Верховного комісара ООН з прав людини зафіксувало 17 181 жертву серед цивільного населення, з них 10 479 втратили здоров'я внаслідок поранень, решта – загинули. За словами радника Офісу президента Михайла Подоляка в Україні з лютого 2022 року загинуло близько 13 тисяч військовослужбовців; втратили звичний спосіб життя – 40 млн осіб, втратили постійне місце проживання 4 млн осіб з 2014 року та 7 млн осіб від лютого 2022 року. Наслідки війни залишають відбиток на психіці населення України загалом та на ментальному здоров'ї безпосередніх учасників війни, зокрема.

Мета: Покращення ефективності надання послуг у сфері ментального здоров'я за рахунок полегшення доступу учасників бойових дій до якісного інформування щодо стану їх психіки.

Матеріали та методи: дослідження клініко-патопсихологічних параметрів за допомогою скринінгової методики РНQ-9. Дослідження також включало метод клінічного інтерв'ю, медико-статистичний та бібліографічний методи.

Результати: У дослідженні взяло участь 132 респонденти, віком від 22 до 59 років, які отримували лікування/проходили реабілітацію на базі Комунального некомерційного підприємства “Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни” у 2022 році.

Дослідження показало, що рівень психічних розладів серед респондентів становить – 84%. Структура: F00-F09 – органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади – 36%; F10-F19 – психічні розлади та розлади поведінки, пов'язані зі вживанням ПАР-7%; F30-F39 – афективні розлади – 9%; F40-F49 – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади – 45%; F60-F69 – розлади особистості і поведінки у зрілому віці – 3%. Всі респонденти

отримали психоедукацію під час проходження лікування. Середній показник рівня депресії за шкалою PHQ-9 під час вступу на лікування складає 13 балів, що свідчить про помірну вираженість депресії, під час виписки цей показник знизився до 8,8 балів, що свідчить про м'яку вираженість депресії.

Висновки: Психоедукація є способом навчання основних навичок управління емоціями, відносинами з іншими людьми, підвищення рівня самосвідомості та розвитку різних стратегій копінгу зі стресом. Це може допомогти учасникам бойових дій знизити рівень тривоги та депресії, покращити якість життя та покращити їх здатність адаптуватися до нових умов життя.

М.В. Яснюк ЧУТЛИВІСТЬ ДО ГРУПИ АЛЕРГЕНІВ PR-10 В УКРАЇНСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

Кафедра фармації

В.В. Родінкова (д. біол. н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Загальновідомим і підтвердженим фактом є те, що сенсibilізація до пилку дерев порядку Fagales сприяють алергени групи PR-10, провідна роль серед яких належить алергену берези Bet v 1. Однак подальші дослідження характеру PR -10 сенсibilізація може привести до розуміння впливу інших факторів, визначаючи закономірності індивідуальної та популяційної реактивності на даний вид алергенів.

Мета: тому метою нашого дослідження було встановити чутливість населення України до алергенів групи PR-10.

Матеріали та методи: Характер сенсibilізація до пилку берези (*Betula*), вільхи (*Alnus*) та ліщини (*Corylus*) вивчали за допомогою бази даних результатів тесту Alex2 20033 українських пацієнтів віком від 1 до 89 років, які проживають у 17 регіонах. Дані щодо палінації рослин отримано в навчально-науково дослідній лабораторії вивчення алергенних факторів доквілля ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна.

Результати: встановлено, що сенсibilізація принаймні до 1 алергену берези, вільхи та ліщини зафіксована у 21,07 % від усієї вибірки; 3 них 96,07 % були чутливі до пилку берези, 56,04 % – до пилку ліщини та 46,68 % – до пилку вільхи. Одночасну чутливість до пилку всіх дерев спостерігали у 41,30 % особин. Цікаво, що чутливість лише до PR-10 алергенів *Betula*, *Corylus* та *Alnus* (*Bet v 1*, *Cor a 1.0103* та *Aln g 1* відповідно) виявлена у 75,38 % пацієнтів; 98,43 % із них були сенсibilізовані до *Bet v 1*, 70,51 % – до *Cor a 1.0103* і 58,79 % – до *Aln g 1*.

Як бачимо, незважаючи на те, що концентрації пилку вільхи в Україні загалом вищі, ніж у ліщини, а інколи можуть досягати значень, порівнянних із концентраціями пилку берези, до алергенів ліщини сенсibilізовано більше людей. Це можна пояснити впливом алергенів PR-10, які містяться в лісових горіхах – звичайному продукті харчування, який використовується в кондитерських та інших стравах. Серед 2243 пацієнтів, чутливих до *Cor a 1.0103* нашої вибірки, 82,26 % мали перехресну реакцію на харчовий алерген PR-10 *Cor a 1.0401*.

Висновки: Найважливішим алергенним пилом дерев ряду Fagales в Україні є пилок берези. За нею йде ліщина, яка загалом утворює значно менше пилку, ніж вільха, що займає лише третє місце. Ліщина здається більш важливим фактором, оскільки сприйнятливі особи можуть бути перехресно сенсibilізовані до основних алергенів ліщини під час споживання фундука. Отримані результати не повністю відповідають характеру впливу пилку, а скоріше можуть відображати харчові уподобання населення.

О.С. Яковенко

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДРЕНУЮЧОГО СЕТОНУ ПРИ ЛІКУВАННІ АНОРЕКТАЛЬНИХ НОРИЦЬ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Каніковський О.Є. (професор, д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Аноректальна нориця- це патолгічне сполучення просвіту анального каналу та прямої кишки. В структурі проктологічних пацієнтів нориці зустрічаються у 15-40% пацієнтів. Попри великий арсенал оперативних втручань рецидивність аноректальних нориць варіює у межах від 10% до 50%, гнійно-запальні ускладнення у 13-20%, анальну інконтиненцію діагностують у 19-23%.

Мета: Оцінити ефективність застосування дреноуючого сетону, як першого етапу у лікуванні нориць.

Матеріали та методи: Проведений аналіз результатів лікування 34 хворих, які знаходились на лікуванні у хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ ім.М.І.Пирогова у 2020-2022р.р. Чоловіків 29 (85,29±6,12%), жінок 5 (14,70±6,12%; $t=8,04$; $p<0,01$). Вік хворих склав від 24 до 65 років. У 21⁽¹⁾ (61,76±8,32%) хворих діагностовно низьку трансфінктерну аноректальну норицю, 11⁽²⁾ (32,35±8,32%; $t_{(1)}=2,6$; $p<0,05$) висока трансфінктерна нориця, 2⁽³⁾ (5,88%; $t_{(1)}=5,08$; $t_{(2)}=2,54$; $p_{(1)}<0,01$; $p_{(2)}<0,05$) екстрасфінктерна нориця.

Результати: При розкритті аноректального абсцесу обов'язковим етапом являється проведення дреноуючого сетону. При неможливості проведення останнього п/о період та подальша тактика лікування стають складнішими та більш травматичними для пацієнта. Основним завданням при постановці дреноуючого сетону це чітка ідентифікація внутрішнього отвору. Адже при знаходженні внутрішнього отвору нерідкі ситуації при яких грубе зондування порожнини абсцесу приного внутрішнього призводить до появи хибного внутрішнього отвору. Тактика при розкритті аноректального абсцесу полягала в радикальному розкриття абсцесу. Наступним обов'язковим етапом було контратування порожнини абсцесу розчином метиленовий синій 1%+ перекису водню 3% для правильної ідентифікації внутрішнього отвору. Також проводилось зондування порожнини на рахунок наявності сліпих карманів. При розкритті ішіоректальних та пельвіоректальних абсцесів обов'язковим етапом було встановлення трубчастих дренажів, які досягали дна порожнини. При постановці дреноуючої системи А.М.І. Comfort drain у 5(14,7%) дискомфорт при подальшому перебігу формування нориці був відсутній у порівнянні зі стандартним дреноуючим сетоном, адже замість зав'язування сетона використовувався замок на кінці сетону, що кінцевому дозволило в кінцевому варіанті постановки надати сетону вигляду цільної трубки. Сетон 1 раз на тиждень скорочувався для формування більш прямої нориці.

Висновки: Використання дреноуючого сетону надає можливість сформувати лінійну норицю та в результаті виконати найбільш прийнятний варіант корекції аноректальної нориці. Використання спеціалізованих систем дозволило знизити дискомфорт при довготривалому формуванні нориці до мінімуму. Коректна ідентифікація внутрішнього отвору, є обов'язковим етапом кпри накладанні дреноуючого сетону.

Зміст

СУСПІЛЬНІ НАУКИ SOCIAL SCIENCE	4
Iftesham Farheen THE INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON ANXIETY AND THE EMERGENCE OF BAD HABITS AMONG VNMU STUDENTS.	5
T.O. Kedyk NEURAL MECHANISMS UNDERLYING THE SYMPTOMS OF PARKINSON'S DISEASE	5
N.V. Makarchenko, O.Y. Kes STRENGTHENING KIDNEY FUNCTIONS AND THEIR ROLE IN CLEANSING THE HUMAN BODY	6
D.O. Krykun PHYSIOTHERAPY: THERAPUTIC ELECTROPHORESIS AND ITS EFFECT ON THE HUMAN BODY.....	7
A.Liubavina, N.Shmyhanivskyi THE IMPACT OF WAR ON PSYCHIC STATE OF VNMU STUDENTS	8
E. Roziiieva INTERACTION OF SLEEP QUALITY AND PERSONAL ANXIETY LEVEL.....	9
K.U. Surina REASONS FOR THE IMPORTANCE OF PROPER NUTRITION. PRINCIPLES OF PROPER NUTRITION.....	9
V. V. Tkachuk FACTORS AFFECTING STUDENT'S BRAIN ACTIVITY IN THE PROCESS OF DISTANCE LEARNING	10
М.С. Алісова, О.М. Музичук ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ОПТОВОЇ ТА РОЗДРІБНОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ	11
А. В. Байдужа СУЧАСНА КЛІНІЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ ЯК НАУКОВА СИСТЕМА ВІДКРИТОГО ТИПУ. МКХ-11	12
С.О.Барабаш НАЗВИ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ЛАТИНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ	13
В.Р. Бойко ЦЕРКОВНО-ДЕРЖАВНІ СТОСУНКИ У ІМПЕРІЯХ ДАВНИНИ Й СУЧАСНОСТІ.....	14
Д.Р. Вороний ФІЛОСОФСЬКИЙ ОГЛЯД ТЕОРІЙ ЩАСТЯ	15
Я. Д. Гавенко	16
ФІЛОСОФСЬКІ ПОГЛЯДИ ХРИСТІАНА ВОЛЬФА	16
Я.Д. Гавенко РОЗВИТОК УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ	17
Г.Ю. Гаврилюк NOMINA ANATOMICA. ІСТОРІЯ ТА ДИНАМІКА УПОРЯДКУВАННЯ.....	17
Л. М. Гнатюк, Д. В. Гриневич ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	18
М.О. Голубнича ОСОБЛИВОСТІ НАЗВ ОТРУЙНИХ РОСЛИН.....	19
А. О. Гончар МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА ЧАСІВ ПРАВЛІННЯ ГЕТЬМАНА П. СКОРОПАЦЬКОГО. (КВІТЕНЬ-ГРУДЕНЬ 1918 Р.).....	20
А.О. Гончар КОНЦЕПЦІЯ НЕГАТИВНОЇ СВОБОДИ І. БЕРЛІНА	21
І. Я. Грушецька, І. О. Танасійчук ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА.....	21
В. О. Денисюк ПРОБЛЕМА СУРЖИКУ В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ МОВІ.....	22

С.В. Жидок, С.Р. Партика ПРАВОВА ПРИРОДА ТЕЛЕМЕДИЦИНИ	23
Д.О. Жупанова PROFESSIONAL STRESS AND THE DEVELOPMENT OF STRESS RESISTANCE OF MANAGERS IN MODERN CONDITIONS	24
О.О. Завальнюк ТЕРМІНИ ЛАТИНСЬКОГО ТА ГРЕЦЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ В АНГЛІЙСЬКІЙ АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	25
А.В.Ільницька, І.О.Цвид ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ	26
Ю. О. Кищук ЛАТИНСЬКА МОВА ТА ОСНОВИ НАУКОВОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	27
А.О. Ковальова ЕТИМОЛОГІЯ ЛАТИНСЬКИХ НАЗВ РОДІВ ВІРУСІВ ЛЮДИНИ	28
А. Б. Колодійчук ДІВИЧ-ВЕЧІР В УКРАЇНСЬКИХ ВЕСІЛЬНИХ ТРАДИЦІЯХ	29
І. А. Круглова ФІЛОСОФІЯ ЛЮБОВІ ДО СВОЄЇ КРАЇНИ: МИНУЛЕ VS СЬОГОДЕННЯ	30
Н. О. Куряча ФАНДРЕЙЗИНГ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ.....	31
В.С. Кушта МАРКЕТИНГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	31
М. Лега МОЛОДЬ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА.....	32
Є.С. Лесько ЕКЗИСТЕНЦІАЛІЗМ ЯК ФІЛОСОФСЬКИЙ НАПРЯМ: ОСНОВНІ ІДЕЇ ТА ЙОГО АКТУАЛЬНІСТЬ	33
В.В. Лопаткін ЛАТИНСЬКІ ОПИСОВІ НАЗВИ ПОБУТОВОЇ ЛЕКСИКИ В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	34
Лотиш Т.А. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ І НІМЕЧЧИНИ ЗА 2020-2021 РОКИ.....	35
К.С. Колосюк, В.В. Мешкова ДОСЛІДЖЕННЯ ПОДОЛАНЬ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ТА ТРИВОГИ ШЛЯХОМ ТЕРАПІЇ МАЙНДФУЛНЕСУ	37
А.О. Мирза РОЗЛУЧЕННЯ ТА ГЕНДЕРНІ РОЛІ В УКРАЇНІ	38
Д.В.Михалик Система охорони здоров'я в Україні та Іспанії за 2020-2022 рік	39
Д. О. Олійник, Я. Ю. Юденюк МОВНЕ ПИТАННЯ В УКРАЇНІ: СУЧАСНІ РЕАЛІЇ.....	39
А.П. Павленко, А.С. Загородній ФІЛОСОФІЯ СВОБОДИ ПИСЬМЕННИКІВ – ШІСТДТЕСЯТНИКІВ	40
Д.Д. Павлюк ОСОБЛИВОСТІ СЕРЕДНЬОПОЛІСЬКОГО ГОВОРУ	41
М.Ю. Подопрігора ФІЛОСОФІЯ В МЕДИЦИНІ.....	42
У.М. Поцелуйко КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ СИНТЕЗУ ФІЛОСОФІЇ ТА МЕДИЦИНИ У ПАРАДИГМІ СТАНОВЛЕННЯ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ.....	43
А.О. Притика ПСИХОЛОГІЯ НАТОВПУ ЗА ГЮСТАВОМ ЛЕБОНОМ	44
І.С. Садовський ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ БЛОКЧЕЙНУ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	45
Є. В. Салюк РОЛЬ СТОЇЦИЗМУ У РЕФЛЕКСІЇ ЛЮДИНИ ХХІ СТОЛІТТЯ.....	46
Д.А.Сікун СВІТОГЛЯД ЛЮДИНИ ТА ФІЛОСОФІЯ	47
В. С. Стадник ЗВ'ЯЗОК СУЧАСНИХ ПЕДАГОГІЧНИХ ПІДХОДІВ З ВЧЕННЯМИ АНТИЧНИХ ФІЛОСОФІВ-ПЕДАГОГІВ.....	48

А. С. Старостенко СПЕЦИФІКА ВЖИВАННЯ ГРЕЦЬКИХ СОМАТИЧНИХ КОМПОНЕНТІВ ЗІ ЗНАЧЕННЯМ «ШКІРА» В ЛАТИНСЬКІЙ ТА УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНОСИСТЕМАХ	49
Д.В. Степаненко, Я.М. Чукань ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ	50
Ю.В.Степанчук, Б.О.Свереда, М.Ю.Шкарупа ПРАВОВІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ В УКРАЇНІ	50
М.В. Сустова МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	51
О.І.Сушицька ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ ВЛАСНІСТЮ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	52
Таран О.С. ЕТИМОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАЗВ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	53
В.Р. Ткачук, Н.О. Люта КОРИСТЬ ТА НЕОБХІДНІСТЬ ФІЛОСОФІЇ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ	54
В.Р. Ткачук ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ. НЕВРОЛОГІЧНІ ТЕРМІНИ.....	55
Д.О. Трифанова СЕНС ІСНУВАННЯ ЛЮДЕЙ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ІСТОРІЇ, ЇХ ВІРУВАННЯ, ФІЛОСОФІЯ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ.....	56
В. С. Федяєва ЛЮДИНА ТА ЇЇ БУТТЯ ЯК ПРЕДМЕТ ФІЛОСОФСЬКОГО ОСМИСЛЕННЯ	57
Л.С. Хабаза ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ У СУЧАСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ.....	58
А.І. Химич ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ КАТЕГОРІЇ БУТТЯ.....	59
Т. В. Чирва ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА ПІЗНАННЯ СВІТУ	60
С.А.Шабелян ЕРІК КАНДЕЛЬ – ВІДОМИЙ МЕДИК ТА ЛАУРЕАТ НОБЕЛІВСЬКОЇ ПРЕМІЇ.....	61
С.А. Шабелян ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ТА ДОПУСК ДО ОСВІТНІХ ПОСЛУГ	61
В.Шевчук ПРОБЛЕМА БУТТЯ У ФІЛОСОФІЇ	62
С. А. Щербак ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН З ДІУРЕТИЧНИМИ ТА ГІПОТЕНЗИВНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ.....	63
С. Р. Якименко ПЕРЕВАГИ ВИВЧЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В СУЧАСНОМУ СВІТІ.	64
В.О. Ярощук ПРОВІДНІ ФУНКЦІЇ ТА ПОЗИЦІЇ У ФІЛОСОФІЇ	65
А.Р. Яценко СПРОБА ФІЛОСОФСЬКОЇ ДИСКУСІЇ ЗІ ШТУЧНИМ ІНТЕЛЕКТОМ НОВОГО ПОКОЛІННЯ	66
ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ PHYSICS AND CHEMISTRY	68
А.Е Shirokorad MICROELEMENT OF STRESS RESISTANCE	69
Є.С. Будаква, Д.Е. Руських ФЕРМЕНТИ ОБМІНУ ТИМІДИНУ ПРИ ПУХЛИННОМУ РОСТІ	69

А.О. Василевич, О.Ю. Кес ЗАСТОСУВАННЯ АСИМЕТРИЧНОГО ОРГАНОКАТАЛІЗУ В РІЗНИХ ГАЛУЗЯХ НАУКИ.....	70
М.А. Вишнякова ВПЛИВ АМІЛІНУ НА ФУНКЦІЮ В-КЛІТИН ОСТРІВЦІВ ЛАНГЕРГАНСА І РЕГУЛЯЦІЮ ВУГЛЕВОДНЕВОГО ОБМІНУ	71
Т.І. Волинець, Л.В. Юрченко ВПЛИВ ТЕМПЕРАТУРИ НА БІОЛОГІЧНІ СИСТЕМИ.....	72
Д.Е. Гвоздицька ГЕНОТЕРАПІЯ ПРИ АДРЕНОГЕНІТАЛЬНОМУ СИНДРОМІ.....	73
Л.В. Гнізділова ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ ГЛІКОКОН'ЮГАТІВ В НОРМІ І ПРИ ПАТОЛОГІЇ.....	74
А.А. Гудзенко, А.С. Романенко ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ГОРМОНАЛЬНОГО СИГНАЛА ЕСТРОГЕНІВ	75
М.Р. Джумаєва СУЛЬФОРАФАН ЯК БІОЛОГІЧНА АКТИВНА РЕЧОВИНА.....	76
В.А. Дзюбак ЗВУКОВА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ	77
А.Е. Едемова РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У КАНЦЕРОГЕНЕЗІ.....	77
Л.А. Ісаєнкова ПОРІВНЯННЯ ОБ'ЄКТИВНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛУХУ.....	78
О.О. Завальнюк ДІЯ АНЕСТЕТИКІВ НА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗБУДЖЕННЯ У НЕРВОВИХ ВОЛОКНАХ.....	79
А.С. Загородній, А.П. Павленко УКРАЇНСЬКІ МЕДИКИ, ЯКІ ЗМІНИЛИ СВІТ	80
Н.С. Каричинський, А.Р. Ященко ЛАЗЕРИ В КОСМЕТОЛОГІЇ. ШЛЯХ ДО ОМОЛОДЖЕННЯ	81
Я.В. Касьянова ВИКОРИСТАННЯ БІСПЕЦИФІЧНОГО АНТИТІЛА ІGE ЛЮДИНИ, ЯК МЕТОДУ ІМУНОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ АДЕНОКАРЦЕНОМИ ПРОСТАТИ	82
І.В. Качур БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ	83
К.П. Кметь БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ НЕЙРОНУТРИЦІОЛОГІЇ У НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ.....	84
А.Р. Ковальська ВПЛИВ ГРАВІТАЦІЇ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ.....	84
Б.О. Козлов, Ю.В. Швед АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЇ ВИСОКОЖИРОВОЇ ДІСТИ НА СОМАТОМЕТРИЧНІ МАРКЕРИ ОЖИРІННЯ ТА СИСТЕМУ H ₂ S/ЦГЛ В ЖИРОВІЙ ТКАНИНІ ЩУРІВ	85
О.О. Комар МРТ ДІАГНОСТИКА	86
А.О. Кришина НАНОМЕДИЦИНА, ЇЇ ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	87
А.О. Кришина, О.Р. Юхимов ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ	88
А.Р. Кукіль ВПЛИВ МОБІЛЬНИХ ТЕЛЕФОНІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.....	89
К.О. Левченко ТРЕОНІН: БІОЛОГІЧНА РОЛЬ, ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ.....	89
В.С. Левчук ФІЗИЧНІ ОСНОВИ ЛАЗЕРНОЇ ЕПІЛЯЦІЇ ОЛЕКСАНДРИТОВИМ ЛАЗЕРОМ	90
А.С. Легка, В.С. Лук'янець ФІЗИЧНІ ОСНОВИ ТОМОГРАФІЧНИХ МЕТОДІВ.....	91
С.Ю. Литвин, А.С. Литовченко ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ БІОПРИНТИНГУ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ ТА ЗАКОРДОНУ	92

С.Ю. Литвин, А.С. Литовченко, В.А. Павлусенко БІОЛОГІЧНА РОЛЬ ГЕНА BRCA1.....	93
Н.О. Люта НЕБЕЗПЕКА ХІМІЧНИХ ДОБАВОК У ХАРЧОВИХ ПРОДУКТАХ.....	94
Н.О. Люта, В.Р. Ткачук ВПЛИВ ШУМУ ГЕНЕРАТОРА НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ	94
І.С. Матвійчук, Є.О. Ференчук РОЛЬ КАРНІТИНУ ТА ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ	95
Є.К. Мацицька ВПЛИВ БАКТЕРІАЛЬНОГО ЛІПОПОЛІСАХАРИДУ НА АНТИРАДИКАЛЬНИЙ ЗАХИСТ СЛІЗНИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ	96
О.С. Мельник РЕФРАКЦІЯ ОКА У СТУДЕНТІВ	97
А.С. Назаренко, М.Б. Шевня МЕХАНІЗМ ДІЇ ЦИСПЛАТИНУ ПРИ ТЕРАПІЇ ТРИЧІ НЕГАТИВНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	98
М.М. Петраш, О.С. Тітов, О.С. Покотило ОСОБЛИВОСТІ СИНТЕЗУ, АКТИВАЦІЇ ТА МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ БІОЛОГІЧНОГО ЕФЕКТУ ТРАНСФОРМУЮЧОГО РОСТОВОГО ФАКТОРА b (TGF-b).....	99
В.В. Поліщук «КЛІК-ХІМІЯ» – СУЧАСНИЙ МЕТОД БІООРТОГОНАЛЬНОЇ ХІМІЇ ДЛЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ БІОМОЛЕКУЛ	100
А.О. Притика, Я.Ю. Юденко ПОТЕНЦІОМЕТРІЯ ТА РЕДОКС-СИСТЕМИ. ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ І ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ МЕДИЦИНИ	101
І.О. Радогощин ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ.....	101
А.А. Рудь МОЛНУПРАВІР ЯК НОВИЙ КАНДИДАТ ПРИ ЛІКУВАННІ COVID-19	102
О.Р. Саприга МАРК-КІНАЗНИЙ СИГНАЛЬНИЙ ШЛЯХ ТА ЙОГО РОЛЬ У КАНЦЕРОГЕНЕЗІ	103
Л.А. Старовойт НЕЙРОПРОТЕЗУВАННЯ.....	104
Д.І. Студілко АНАЛІЗ ТЕСТОВИХ МЕТОДИК ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ СПРИЙНЯТТЯ СТУДЕНТАМИ ДИСТАНЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ	105
Т.І. Супрун БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ КАНАБІНОЇДІВ НА ПРОЦЕСИ ОБМІНУ ЛІПІДІВ.....	106
Т.І. Супрун ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ В ХІРУРГІЇ.....	106
М.В. Сустова ОКИСНО-ВІДНОВНІ РЕАКЦІЇ	107
С.А. Ткачук БІОХІМІЧНІ ОСНОВИ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ СІЗЗС	108
М.О. Черняк ПОШИРЕНІСТЬ АСТИГМАТИЗМУ У ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ	109
К.І. Чехович ВПЛИВ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ	110
Т.В. Чирва, А.І. Химич ФІЗИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРІОТЕРАПІЇ	110
МОРФОЛОГІЯ MORPHOLOGY	112
Raju Sheela Aiswarya NORMAL PROGRAMMED CORRECT AGING OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AND THE BOUNDARY BETWEEN HEALTH AND DISEASE	113

Aniruddha Goswami A SCOPING REVIEW ABOUT THE IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE LIFE OF VNMU STUDENTS	113
Iryna Khliestova, Monika Malgorzata Bialoszycka HISTORY OF THE CHILDREN'S DEPARTMENT IN VINNYTSIA REGIONAL CLINICAL PHTHISIOPULMONOLOGY CENTER	114
V.Kushta EVOLUTION OF ORAL APPARATUS AND SIGNIFICANCE OF EVOLUTIONARY DETERMINED MECHANISMS OF MAXILLO-FACIAL DEVELOPMENT IN RESEARCH OF HUMAN PATHOLOGY	115
A. Mahir METHODS OF DIAGNOSIS AND PRINCIPLES OF TREATMENT OF INFLAMMATORY PROCESS CAUSED BY CLOSTRIDIODES DIFFICILE	116
Andrzej Mrozek, Mikołaj Sędzik, Jakub Rubin, Szymon Buras, Victoria Tarkowski, Zygmunt Domagała CADAVER PRESERVING METHODS – IS IT POSSIBLE TO DO ANYTHING BETTER?.....	117
Nazarov Danylo; Nasilenko Myroslav MICROBIOME AND CYTOKINE PROFILE DURING INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM IN OBESE MEN...	117
Isha Phougat PHANTOM PAIN SYNDROME. MODERN ASPECTS.....	118
К.М. Агафонов, Л.М. Агафонова ДОСЛІДЖЕННЯ АКТИВНОСТІ АНТИОКСИДАНТНИХ ФЕРМЕНТІВ ТА ВМІСТУ ПРОДУКТІВ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ В МОЗКУ НА ТЛІ СВИНЦЕВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ЗА УМОВ КОРЕКЦІЇ.....	119
В.О. Артеменко, Є.С. Гончарова ПАТОГЕНЕТИЧНІ ТЕОРІЇ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ У ДІТЕЙ.....	120
А. А. Бадьора РОЛЬ НЕЙРОНІВ МІСЦЯ ГІПОКАМПА У РОЗВИТКУ ТА РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	121
В.В. Барановський ХАРАКТЕРНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ В ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ ШЕРЕШЕВСЬКОГО-ТЕРНЕРА.....	123
М.Ю. Бишек, А.В. Морозюк, В.М. Преверенда МУЛЬТИВЕЗИКУЛЯРНІ ТІЛЬЦЯ: ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОФІЗІОЛОГІЇ.....	124
Є.В. Бейреш ВПЛИВ ТЕСТОСТЕРОНУ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО САМОГУБСТВА У ПІДЛІТКІВ	122
А.О. Боєнко НАСЛІДКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ГОЛОВНИЙ МОЗОК	124
В.М.Бондар, В.С. Стадник КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ЗВ'ЯЗОК IQ ТА EQ У РІВНІ УСПІШНОСТІ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПЕРШОГО КУРСУ.....	126
С.В. Борисенко, А.О. Андрушко ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ, ЯК ІНСТРУМЕНТ ВІДМІННИХ ОЦІНОК НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗІОЛОГІЇ	126
А.М. Бородай, П.О. Рубан ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІВ	126
А. В. Бурик ВПЛИВ ХОДЬБИ З ДОДАТКОВИМ МОТОРНИМ ЗАВДАННЯМ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ	127
А.О. Василевич АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦІЇ.....	128

Л.П. Велієва АТЕРОСКЛЕРОЗ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ЯК ПРИЧИНА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ КИШЕЧНИКА	129
Л. П. Велієва РОЛЬ ПРОСТАЦИКЛІНУ PGI ₂ У ПАТОГЕНЕЗІ ЗАПАЛЕННЯ.....	130
Г.Ю. Гаврилюк ОСТЕОПОРОЗ. ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ.....	131
М. Гаджиева, В.С. Козачук ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГЕМАНГОМ ТІЛ ХРЕБЦІВ У ЖІНОК В ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ.....	132
Д.Е. Гвоздицька ПСИХОСОМАТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ	132
Д. Е. Гвоздицька ВПЛИВ НІКОТИНУ ТА ПАЛІННЯ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ	133
Гейдарова Е. Г. ЗНАЧЕННЯ ФЕОХРОМОЦИТОМИ У ПАТОГЕНЕЗІ РОЗВИТКУ КАРДІОМІОПАТІЇ ТАКОЦУБО	134
А.І.Гінгін ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СИГНАЛЬНОЇ ТРАНСДУКЦІЇ Wnt У РОЗВИТКУ ОНКОПАТОЛОГІЇ І РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ПРОТИПУХЛИННОЇ ТЕРАПІЇ.....	135
Л.В.Гнізділова ПРЕФРОНТАЛЬНА КОРА ЯК МОРФОЛОГІЧНИЙ СУБСТРАТ ОСОБИСТОСТІ.....	136
О. О. Говорущенко ДОСЛІДЖЕННЯ КИСТІ РУКИ НА ПРЕДМЕТ СУХОЖИЛКОВИХ ЗАПАЛЕНЬ.....	137
А.С. Грищенко ЛІПОСОМИ В МЕДИЦИНІ.....	138
І. Я. Грушецька, Ю.В.Степанчук, Б.О.Сверєда ВІКОВІ МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕПІФІЗУ ЖИТЕЛІВ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ	139
В.Ю.Гуляєв, Л.В.Мельник ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЯК КОМПЕНСАТОРНОЇ РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	139
І.А.Гура, Л.Л.Хмель ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ	140
М.В. Данилевич МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	141
М. І. Денисов, С. В. Кушнірук, А. В. Шевченко ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ ЯК МАТЕМАТИЧНА ЗАДАЧА, ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ....	142
А. Е. Едемєва МОРФОЛОГІЯ, СТРУКТУРА ТА ФУНКЦІЯ МІОКАРДА У ЧОЛОВІКІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	143
М.О. Жила, Д.О.Темна ВПЛИВ МУЗИКИ НА ЦНС	144
М.О. Жила, Д.О.Темна ВПЛИВ НАВУШНИКІВ ТА COVID-19 НА ОРГАН СЛУХУ.....	144
С. В. Завгородній НОВІ МЕТОДИ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ.....	146
А.І Загребельна СУЧАСНІ АСПЕКТИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ВИВЧЕННЯ СИНДРОМУ КАРТАГЕНЕРА.....	147
Т.О. Захарченко ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНА ЕНТЕРОПАТІЯ	147
Я.В. Зімбовський МУКОЗАЛЬНІ ВАКЦИНИ	148
Д.О. Іващук ОБРОБКА ФОТОЗОБРАЖЕНЬ СИНЦІВ ІНСТРУМЕНТАМИ LABVIEW ТА MATHCAD ДЛЯ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ЇХ КОЛЬОРУ	148

Д.Є. Ілляшенко МІОКАРДИТИ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛАСИФІКАЦІЇ, ДІАГНОСТИКИ, ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ	149
З.І.Карп'юк ВПЛИВ БАКТЕРІАЛЬНОГО ЛІПОПОЛІСАХАРИДУ НА РОЗВИТОК ОСКИДАТИВНОГО СТРЕСУ У СІМ'ЯНИКАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	150
Т. О. Кедик ЗНАЧЕННЯ ОКУЛОКАРДІАЛЬНОГО РЕФЛЕКСУ. ВИВЧЕННЯ МОЖЛИВИХ УСКЛАДНЕНЬ І НЕСПРИЯТЛИВИХ НАСЛІДКІВ ПОВ'ЯЗАНИХ З РЕФЛЕКСОМ.....	151
С.Ю. Клименко, А.А. Затхей СТРЕС І СТРАТЕГІЇ ЙОГО ПОДОЛАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ВНМУ	152
С.Ю. Клименко РОЗВИТОК СТРУКТУР ГІПОКАМПУ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	153
К. П. Кметь, С. В. Завгородній ВПЛИВ ХОДЬБИ ЛЮДИНИ НА ТОНУС АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	155
В.Б.Козеренко ДОСЛІДЖЕННЯ ФАЗ РОЗВИТКУ КУЛЬТУРИ МІКРООРГАНІЗМУ <i>R. glutinis</i>	154
Н.В. Колейко, А.Р. Вітюк АМІЛОЇДНА ТЕОРІЯ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА РОЛЬ У ПАТОГЕНЕЗІ ХВОРОБИ АМІЛОЇДНОГО БІЛКА	155
Д.В.Коліжук, М.О.Осіпова ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА	156
А.В. Колодницький ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	157
С.Ю. Коновалова УТВОРЕННЯ ЛЮДСЬКИХ РАС, ЗАКОНОМІРНОСТІ ЇХ ГЕОГРАФІЧНОГО РОЗТАШУВАННЯ	158
О.В. Конопельнюк КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ТРАВМИ ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ ДОСЛІДЖЕННІ	159
С.Т. Корецька ЧУТЛИВІСТЬ КОЛІЦИНОГЕННИХ ШТАМІВ <i>E. coli</i> ДО ПРОТИМІКРОБНИХ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ І БАКТЕРІОФАГІВ	160
П.Є. Кочерга, С.О. Іванов АТЛАС КОЛЬОРІВ ТРУПНИХ ПЛЯМ, ЯК СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ІНФОРМАТИВНОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПІВ	161
М.Є. Краснякова РЕГУЛЯЦІЯ БОЛЬОВОЇ СИГНАЛІЗАЦІЇ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ СПИННОГО МОЗКУ ЩУРІВ	161
Д.А. Кулібакіна РОЛЬ ПЛАЦЕНТАРНИХ МАКРОФАГІВ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТИ	162
Н.О. Куряча ВПЛИВ НАВ'ЯЗАНОГО РИТМУ ДИХАННЯ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ.....	163
В.М. Лашкевич, В.В. Лопаткін РОЛЬ ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ У БОРОТБІ З ХВОРОБАМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ КОМАРАМИ. НОВІТНЯ ТЕХНОЛОГІЯ ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ - CRISPR.....	164
В.С. Левчук МОЖЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВОЛОССЯ МЕТОДОМ ТРИХОСКОПІЇ.....	165

І. Л. Лемець ВИВЧЕННЯ МЕХАНІЗМІВ РЕГЕНЕРАЦІЇ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КЛІТИН ШКІРИ ПІСЛЯ ОПІКІВ: РОЛЬ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ТА МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ПРОЦЕСУ.....	166
Л. А. Лесько СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ.....	167
Ю.Ю. Ломака МЕХАНІЗМИ ХРОПІННЯ, РИЗИКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ	167
П. В. Лутченко ВОЛОДИМИР ВЕРНАДСЬКИЙ – ПЕРШИЙ ПРЕЗИДЕНТ УКРАЇНСЬКОЇ АКАДЕМІЇ НАУК	168
А. С. Люткевич ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СНОВИДІНЬ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА НЕЙРОАНАТОМІЯ ШВИДКОГО СНУ ЛЮДИНИ	169
Я.М.Магдалюк ХВОРОБА ФАБРІ	170
М. М. Марцев ВРОДЖЕНІ ТА НАБУТІ ВАДИ СЕРЦЯ.....	171
Т.С.Мельник СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОЛОГІЮ ТА ПАТОГЕНЕЗ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ.....	172
В.В. Михайленко, А.В. Сидоренко ВПЛИВ ДОВГОДТРИВАЛОЇ ДІЇ ТРИПТОРЕЛІНУ ЕМБОНАТУ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (ЕКСПЕРИМЕНТ).....	173
В.В. Молоток ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ОЗНАК ПРИХОВАНОВОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, ПОВ'ЯЗАНОВОГО З ВОЄННИМ СТАНОМ І ЙОВО ВПЛИВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ НАВЧАННЯ.....	173
Н.І. Мороз ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГРУП КРОВІ І ЗАХВОРЮВАНОВСТІ У ЛЮДИНИ	174
І. Мороз, О. Чалідзе, Т. Руминська ТАРГАНИ ЯК ПЕРЕНОСНИКИ ЗБУДНИКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЮДИНИ	175
А.В. Надольна, Є.В. Гончаренко ВІТАМІН - D - ДЕФІЦИТНИЙ РАХІТ	176
І. О. Неділько, С. А. Зароднюк СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗАХВОРЮВАННЯ КАШЛЮКОМ.....	178
А.Ю.Нижник ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У НОРМІ. АНОМАЛІЇ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ.....	177
Т.М. Ожоганич СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ - ОСНОВА РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОВОГО	178
Н.Ю. Омел'янчик ПОСТІНФЕКЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ КИШЕЧНИКА В НОРМІ ТА ЇХ ЗМІНА ПРИ ДИСБІОЗІ ТОВСТОЇ КИШКИ.....	179
В.Г. Петришин ЕФЕКТ «ЗАСНОВНИКА» МУТАЦІЙ ВРСА1 І ВРСА2 В ЄВРОПЕЙСЬКИХ ПОПУЛЯЦІЯХ.....	181
Д.Н. Попше, І.В. Качур НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ВІДСУТНОСТІ ЕЛЕКТРОПОСТАЧАННЯ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	182
В.О. Просвітлюк, П.П. Бублик, Ю.В. Деркач ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГРУДНИХ КІНЦІВ IV-V РЕБЕР ТА ВІКУ У ЖИТЕЛІВ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ	183
Ю.Ю.Процик МЕЛАТОНІН І МОЛОДІСТЬ СЕРЦЯ	183
Б.С. Рабченюк ПРОГРЕСУЮЧА ОСИФІКУЮЧА ФІБРОДИСПЛАЗІЯ.....	184

Б.С. Рабченко ВПЛИВ ОКСИТОЦИНУ НА ПРОЦЕСИ РЕГЕНЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА	185
І. О. Радогошин ХАРЧУВАННЯ І ГРУПИ КРОВІ: ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ..	186
Н.В. Римарович ВПЛИВ ІМУНОГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДИНИ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО АУТОІМУННОЇ ПАТОЛОГІЇ, ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ МІКРОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ.....	187
Д.Р. Росоха ПАТОЛОГІЯ ЗБУДЛИВОСТІ –ЕКСТРАСИСТОЛІЯ: ШКІДЛИВИЙ ВПЛИВ ПЕРШОГО ПОСТЕКСТРАСИСТОЛІЧНОГО СКОРОЧЕННЯ.....	188
К.С. Семененко ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ АНГІОТЕНЗИНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ	189
М. Г. Семенишен, С.О. Остроухова ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НИРОК ПРИ ФІБРИЛЯРНОМУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ	190
Д.В.Сікалюк, А.В.Віговська ЕЛЕКТРОМІТКА ЯК НАРІЖНИЙ КАМІНЬ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ІСТИННОЇ ПРИЧИНИ СМЕРТІ.....	191
Д.В.Сікалюк, А.В.Віговська ВПЛИВ ЕМУЛЬСІЇ ОЛІЇ МОНАРДИ В POLYSORBATE-80 НА ГРИБИ ВИДУ CANDIDA ALBICANS.....	191
А.С. Скомаровський НЕРВОВО-СУДИННИЙ КОНФЛІКТ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВУ	192
Я.С.Слободянюк ЕТІОЛОГІЧНІ І ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ.....	193
Д. С. Слюсаренко, І.С. Бойко СИМПТОМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗОВ.....	193
К.В. Спрут МЕЛАНОМА У ДІТЕЙ	194
Д.В. Степаненко, Я.М. Чукань, А.О. Фартушня ОЦІНКА РУХЛИВОСТІ ТА ФОРМИ ПІД'ЯЗИКОВОЇ КІСТКИ ЗА УМОВ ВІДСУТНОСТІ ЇЇ УШКОДЖЕННЯ.....	195
В.В. Стецик, М.А. Хотян ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ УРАЖЕНЬ ЦНС.....	196
Я.В. Стойка МОЛЕКУЛЯРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ АПОПТОЗУ ПРИ SARS-COV-2 ІНФЕКЦІЇ.....	197
Б.В. Сулима СОН ТА АКТИВАЦІЙНА ТЕРАПІЯ.....	197
Т.І. Супрун НОВІТНІ ПОГЛЯДИ НА ПРИЧИНИ ОКРЕМИХ ФОРМ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ	198
Т.І. Супрун ЗМІНИ МІКРОФЛОРИ ЕЯКУЛЯТУ ПІСЛЯ ВАЗЕКТОМІЇ.....	199
В.О. Талах ПРОТЕОСТАЗ ЕНДОПЛАЗМАТИЧНОГО РЕТИКУЛУМУ ЯК КЛЮЧОВИЙ КОНТРОЛЬНИЙ ПУНКТ ПРИ РАКУ.....	200
В.О. Талах ФІЛОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	201
Д. О. Темна, М. О. Жила ЕВОЛЮЦІЯ ПРОТЕЗІВ.....	201
П.В.Тимошенко ВПЛИВ БІОРИТМІВ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ.....	202
У.А. Тітарова, Є.О. Філонова ПАТОГЕНЕЗ АУТОІМУННОГО ГЕПАТИТУ: КЛІТИННІ ТА МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ.....	203

У.А Тітарова, Є.О. Філонова ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ МЕНЕТРИС.....	204
О.Т. Ткаченко, І.В. Заказнікова ПОРІВНЯЛЬНА МОРФОЛОГІЯ ВСТАВНИХ ПРОТОК ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ ТА ЩУРІВ	205
В.В. Ткачук ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПІСЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	206
М. В. Токарчук ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УВАГИ.....	206
Б.А. Федор РОЛЬ ТИМУСА В ПАТОГЕНЕЗІ МІАСТЕНІЇ ГРАВІС	207
В.В. Федотова ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЛАНОК ПОРУШЕННЯ СУДИННО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗУ. СИНДРОМ БЕРНАРА – СУЛЬС	208
В.В. Федотова ПЕРВИННА ВІЙКОВА ДИСКІНЕЗІЯ: СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА	209
М. М. Човгун ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ РЕЄСТРАЦІЇ В ПОЛОЖЕННІ СИДЯЧИ Й ЛЕЖАЧИ.....	210
С.А.Шабелян ЗВ'ЯЗОК ГРУПИ КРОВІ ЛЮДИНИ З РИЗИКОМ ЗАРАЖЕННЯ НА COVID-19.....	211
О. О. Шевчук, М. І. Дяченко АМІЛОЇДОЗ СЕРЦЯ.....	213
М.Ю. Шекера ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ М.І.ПИРОГОВА НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ ТА ФІЛОСОФІЯ ЙОГО ПОЛІТИКО – ПЕДАГОГІЧНИХ ПОГЛЯДІВ.....	213
Є.М. Мельник М.Ю. Шекера ОРФАННА ХВОРОБА, ЯКА ЗНЕРУХОМЛЮЄ ЛЮДИНУ	214
К.Р. Шеремета, Ж. М. Руденко ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	214
С.В. Шкондін РОЛЬ ХВОРОБИ ГОШЕ У ПАТОГЕНЕЗІ НЕОПЛАЗІЇ.....	215
Н.Є. Шмиганівський, А.В. Любавіна РІВНІ АГРЕСІЇ У СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ВНМУ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЕСТУ А.БАССА-А.ДАРКИ)	216
С. Р. Якименко ВАЖЛИВІСТЬ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ СПАДКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЮДИНИ.....	219
М.О.Яременко, А.А.Юссеф АУТОІМУННІ УРАЖЕННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ	218
А.Р.Ященко, Т.В.Дехтяренко ЛОБОТОМІЯ	218
А.Р.Ященко, Т.В.Дехтяренко БІОЛАБОРАТОРІЯ ВДОМА	219
МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМ PUBLIC HEALTH.....	221
A. Voienko PECULIARITIES OF FOOT STRESS FRACTURES IN ATHLETES	222
Paula Elīza Titāne, Olga Sozinova COMMON RAGWEED IN LATVIA	222
О.О. Андрушко ВПЛИВ МІКРОПЛАСТИКУ НА ЕКОЛОГІЮ	223
І.Ю. Артеменко АНАЛІЗ ТЯГАРЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В УКРАЇНІ.....	224
В.О. Артеменко ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА АДЕКВАТНОСТІ НУТРІЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ ПІД ЧАС АУДИТОРНОЇ ТА ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ.....	225

А.Г. Ахмад ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШВЕДЦІЇ	226
Є.В. Бейреш АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ УШКОДЖЕННЯ І ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ФОСФОРНИХ СНАРЯДІВ	227
А.Е. Беляєва, А.О. Савенко ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ВНАСЛІДОК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	228
А.Е. Беляєва, А.О. Савенко РИЗИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ НЕРВОВО-ПАРАЛІТИЧНОЇ ДІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ	228
М.О. Біда, А. В.Сологуб ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИКІВ .	229
М.А. Бегма, В.В. Бойко ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ рф	230
М.О. Бортник, В.В. Родінкова ДЕЯКИ АСПЕКТИ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ДО АЛЕРГЕНІВ ГРИБІВ.....	231
Гаркуша В.В, Сирота М.Г. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ВОДИ В РІЗНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	232
М.С. Герасименко ВДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ.....	233
Т.С. Герасименко РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ.....	234
Я.В.Гіс, Ю.В.Дубова АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ БОЙОВИХ ОТРУЙНИХ РЕЧОВИН В ЛОКАЛЬНИХ ВІЙНАХ	235
Є.С. Гончарова ЗРОСТАННЯ ПОШИРЕНОСТІ АСТМИ, АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ ТА РОЛЬ ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ.....	235
М.В. Григоренко ВПЛИВ ПЕРІОДИЧНОГО ВІДКЛЮЧЕННЯ ЕЛЕКТРОЕНЕРГІЇ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ТА ВИЗНАЧЕННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ДЖЕРЕЛА ШТУЧНОГО ОСВІТЛЕННЯ, ЩО НАЙКРАЩЕ ВІДПОВІДАЄ ГІГІЄНИЧНИМ ВИМОГАМ	236
А.А. Гудзенко СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА.....	237
М.О.Волкотруб, І.А. Дзьоник ЗНЕБОЛЕННЯ В БОЙОВИХ УМОВАХ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ (ПОРІВНЯННЯ ПІДХОДУ ТССС ТА НАКАЗУ МОЗ №1122)	238
Б.О. Димніч, М.А. Стасюк ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧАМИ АГРАРНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ УКРАЇНИ ЩОДО НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	239
А.О. Дімова ОРГАНИ МІШЕНІ ПРИ ГЕМОРАГІЧНОМУ ШОЦІ	240
А.О. Вітюхіна, М.І. Дяченко МЕТОДИ КОНСЕРВУВАННЯ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ	241
А.Ю. Заводяк ТЯЖКІСТЬ УШКОДЖЕНЬ ПРИ МІННО-ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ ЗАЛЕЖНО ВІД МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ОСОБИ НА МОМЕНТ ВИБУХУ	242
О.Ю. Зозуля ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	243

Т.Й. Калинич, Я.М. Присяжнюк РИЗИК ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	244
Т.І. Козар, В.М. Рябовол ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА НАПРУЖЕНОСТІ ПРАЦІ ОПЕРАТОРА ПРИ ВИРОБНИЦТВІ НАНОПОРОШКУ ДІОКСИДУ ТИТАНУ МЕТОДОМ ТЕРМІЧНОГО СИНТЕЗУ НА БАГАТОСЕКЦІЙНІЙ ОБЕРТОВІЙ ПЕЧІ	245
Н. В. Колейко, А. Р. Вітюк ОРГАНІЗАЦІЯ РЕЖИМУ ДНЯ СТУДЕНТІВ ВНМУ ТА ЙОГО ЗМІНА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	246
В.В. Колісник, А.С. Герман ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЗМУ В ВОЛЕЙБОЛІ	247
М.С. Корольова ВИЗНАЧЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ТАЙМ МЕНЕДЖМЕНТУ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ	248
А.С. Кошева ВИЯВЛЕНА ЗАЛЕЖНІСТЬ КІЛЬКОСТІ СПОР ALTERNARIA ВІД ЗМІН ТЕМПЕРАТУРИ У ЛІТНІЙ ПЕРІОД 2021 РОКУ	249
Ю. О. Крижановська ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА ДЛЯ ЗНЯТТЯ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОЇ НАПРУГИ У СПОРТСМЕНІВ	249
С.А. Кручок, О.О. Пастух ДОЦІЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДИТИЛІНУ ЧИ АТРАКУРІО	250
О.В. Ксенєвіч СУЧАСНИЙ РОЗВИТОК СВІТОВОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ	251
М.Р. Лоточинська АНАЛІЗ ПОРЯДКУ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ В ТАКТИЧНІЙ ЗОНІ В ПОРІВНЯННІ З ОРГАНІЗАЦІЄЮ МЕДИЧНОЇ ПІДТРИМКИ В КРАЇНАХ-ЧЛЕНАХ НАТО	252
Т.С. Мельник ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД В УМОВАХ ВІЙНИ....	253
Д.Р. Мороз ФІЗІОТЕРАПІЯ В БАСКЕТБОЛІ.....	254
В.Р. Оськін, С.А. Кручок ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОЗШУКУ, ЗБОРУ ТА ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ У НАСЕЛЕНИХ ПУНКТАХ У ХОДІ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.....	254
А.Р. Павлюк СПОРТИВНИЙ ТРАВМАТИЗМ У СПОРТСМЕНІВ.....	255
Д.С. Петюх ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ВИПАДКІВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ СТУДЕНТІВ ДЕННОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ ВНМУ ІМ. М.І.ПИРОГОВА).....	256
П.Ю. Півень КОГНІТИВНА ГНУЧКІСТЬ – БАЗОВА НАВИЧКА УСПІШНОЇ ОСОБИСТОСТІ.....	257
О. М. Плавков ІНФАРКТ МІОКАРДА – ОСНОВНА ПРИЧИНА СМЕРТНОСТІ У ХХІ СТОЛІТТІ	258
Плоскіна І.С., Гром Д.В. ВЖИВАННЯ ТЮТЮНУ І АЛКОГОЛЮ – СОЦІАЛЬНА ТА МЕДИЧНА ПРОБЛЕМА ПІДЛІТКІВ:СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ.....	259
О.С. Полюхович СИСТЕМА START ТА "ТРИАДА ВИЖИВАННЯ" НАТО.....	260
І.О. Радогощин ОСОБЛИВОСТІ ДОТРИМАННЯ ГІГІЄНІЧНИХ НОРМ В УМОВАХ ВІЙНИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	261

Д.Р. Росоха, А.М. Чернолецький ТОКСИЧНИЙ ВПЛИВ МАРГАНЦЮ, СВИНЦЮ ТА АЛЮМІНІЮ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ.....	262
З.В. Ростікус, В.М. Лашкевич ВПЛИВ ОЗДОРОВЧОГО СПОРТУ ТА ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ	262
А.А. Рудь СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЛОСКОСТОПІСТІ.....	263
Є.А. Саєнко СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЇ «ПАРАМЕДИК» В УКРАЇНІ.....	264
А. В. Самойлова, М.О. Кузнецова ВПЛИВ ГІПОДИНАМІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ШЛУНКОВО КИШКОВОГО ТРАКТУ	265
К.С. Семененко СТАТИСТИКА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕННЯ COVID-19 У СПОРТСМЕНІВ	266
К. В. Симоненко АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЛІНАЦІЇ АМБРОЗІЇ В ЗАПОРІЖЖІ У 2021-2022 РОКАХ	267
М.Г. Сирота, Г.Г. Сирота СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЗВО: ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ТА ПРОФІЛАКТИКА	268
О.В. Сілкiна ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РУМУНІЇ.....	269
К.В. Спрут ГІГІЄНА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	270
Н.І. Струкевич ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ГОТОВНОСТІ ДО РИЗИКУ ТА СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	271
Ю.О. Талабко, Elimam Noon O., А.В. Благая ПОРІВНЯЛЬНА ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ ТРАНСЖИРІВ В ХАРЧУВАННІ СТУДЕНТІВ НМУ ТА УНІВЕРСИТЕТІВ ЗОНИ ЗАТОКИ.....	272
А.А. Тварковська СУБКУЛЬТУРА ПВК «РЕДАН»	272
В.В. Ткачук ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ Й ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ	273
Д.І. Ткачук, В.Р. Оськін ЗАГРОЗА ЗАСТОСУВАННЯ ФОСФОРНИХ БОЄПРИПАСІВ У ХОДІ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.....	274
В.С. Цмок ПОПУЛЯРНІСТЬ ТА ТЕНДЕНЦІЇ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ	275
В.П. Левківська, С.А. Чайкун СИСТЕМА РЕВОА НОВИЙ ПІДХІД ДЛЯ ЗУПИНКИ МАСИВНОЇ КРОВОТЕЧІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.....	276
А.С. Чесаков, Е.В. Сапліна ОСНОВНІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПЕЧІНКОВОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У МАРАФОНЦІВ	277
Ю.В. Швед ВІДМОВА ПАЦІЄНТА ВІД СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ - ПРАВО ЧИ ЗАБАГАНКА	278
М.Б. Шевня ВПЛИВ СТРЕСУ НА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ.....	279
А.В. Шевченко, О.М. Лопушанський САМООЦІНКА ЗДОБУВАЧІВ ВНМУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА ЩОДО НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	280

А.Р. Шевчук, Г.О. Даниловська ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ В ЗС УКРАЇНИ ТА США.....	280
О.О. Шевчук МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я У ПЕРІОД КРИЗИ	281
Ж.-М. Руденко, К.Р. Шеремета ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	282
К.Р. Шеремета МЕДИЧНА, ФІЗИЧНА І ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ , ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ, ІНФАРКТ АБО МАЮТЬ СЕРЦЕВІ ХВОРОБИ	283
Ж.-М.Г.Руденко, М.Ю.Шкарупа АНАЛІЗ ПОРУШЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА В ХОДІ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ.....	284
АКУШЕРСЬКО- ГІНЕКОЛОГІЧНИЙ НАПРЯМ OBSTETRIC AND GYNECOLOGY	286
Ankita Dash, Subhrasai Jena AWARENESS AND USING OF MODERN METHODS OF CONTRACEPTION AMONG STUDENTS OF 5TH COURSE OF VINNYTSYA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY	287
А.В. Гандзюк, А.С. Старшикова ВПЛИВ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ.....	287
В.М.Денісова ДИНАМІКА ЯКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ РОБОТИ АКУШЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ М. ВІННИЦІ ЗА ОСТАННІ 70 РОКІВ.	288
А.М. Квірікашвілі ОБІЗНАНІСТЬ ВАГІТНИХ У ПИТАННЯХ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ЯК СКЛАДОВОЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	289
Ю.В. Копча ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ.....	290
Т.В. Кротюк РОЛЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ АНГІОГЕННИХ ФАКТОРІВ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.....	291
О.Д. Луцько, О.В. Повх ВПЛИВ ЕПІЛЕПСІЇ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ.....	292
О.П. Некращук РОЛЬ ГЕНУ BRCA В РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	292
Н.П. Півнюк ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ.....	293
О. М. Плавков НЕЙРОЕНДОКРИНОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ	294
Ю.О. Співак, Р.С. Погорілий ВПЛИВ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ НА МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ У ДІВЧАТ ТА ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	295
Д.Р. Якобчук, А.В. Голубець, А.П. Черначук УСКЛАДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ВІЛ- ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТОК.....	296
Т.П.Ямпольська ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ВАГІТНИХ	296
ПЕДІАТРІЯ PEDIATRICS	298
Ankita Dhall THE EFFECT OF STRESS ON COGNITIVE FUNCTIONS OF THE BRAIN..	299
Chandrika Dagur MITRAL VALVE PROLAPSE- A MODERN VIEW OF THE PROBLEM	299
Dixita THE EFFECT OF ARTIFICIAL FEEDING ON THE CHILD'S IMMUNE SYSTEM .	300
Farhan Khan IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHRONIC BACTERIAL INFECTION	301
Kashika Mahajan, Sahu Shivam Kumar DISORDERS OF GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA. CLINICAL CASE.	301

Khan Ikramul Inamulhak EXPLORING HEMOPHILIA: A COMPREHENSIVE COMPARISON OF TYPES A, B AND C AND THEIR ANAMNESIS.....	302
Oketokun Olusayo A. SUDDEN CARDIAC DEATH IN CHILDREN: ATHLETES VERSUS NON-ATHLETES	303
Piyush Singh FEATURES OF IMMUNIZATION DURING OVERCOMING THE CONSEQUENCES OF LITHOSPHERIC CATACLYSMS.....	304
Pritish Baliyan IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE	304
Sankalp Yadav IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA.....	305
Swati AN OUTBREAK OF ACUTE ENCEPHALOPATHY IN MUZAFFARPUR 2019.....	306
Л.М. Агафонова ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ТА МАНІФЕСТАЦІЇ КРИПТОГЕННОГО ГЕПАТИТУ У ДІТЕЙ.....	306
А.М. Барановська, Є.С. Гончарова, А.М. Стариченко BLW-ПРИКОРМ (BABY-LED WEANING).....	307
О. В. Бацала, Н.О. Гайдай ПЕРЕДВІСНИК СОЛОДКОГО ВБИВЦІ АБО «ПЕРШІ ЛАСТІВКИ» ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	308
М.А. Бегма, В.В. Мороз АНЕМІЯ БЛЕКФЕНА-ДАЙМОНДА У ДІТЕЙ.....	309
В.А.Биков ОЦІНКА ДОСВІДУ КУРІННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ЦИГАРОК УЧНЯМИ ВОСЬМИХ КЛАСІВ	310
В.І. Бокоч, Д.С. Мельник СИНДРОМ НІМЕЙГЕН, АСОЦІЙОВАНИЙ ІЗ ЛІМФОМОЮ ХОДЖКІНА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.	311
Н.О. Бурлаков РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 1 ДО 17 РОКІВ.....	312
М.О.Волкотруб, І.А. Дзьоник КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ ВАКЦИНАЦІЄЮ ВАГІТНИХ ПРОТИ COVID-19 ТА ГОСПІТАЛІЗАЦІЄЮ НЕМОВЛЯТ В ПЕРШІ 6 МІСЯЦІВ ЖИТТЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	312
В.Ю. Грач, І.В. Міллер ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	313
А. О. Гурницька, О. М. Винничук ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АНАПЛАСТИЧНОЇ ВЕЛИКОКЛІТИННОЇ ЛІМФОМИ У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.	314
В.О. Давидюк, Н.О. Мазуренко ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ, ЗУМОВЛЕНОГО ВАРІАНТОМ «ОМІКРОН»	315
П.В. Далекій, А.М. Дуник СИНДРОМ БОЛЮ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	316
В.В.Єгорова, І.І.Федюра ПЕДІАТРИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ РОТАЦІЙНОГО ПІДВИВИХУ С1 У ДІТЕЙ. АНОМАЛІЯ КІМЕРЛІ. (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	317
Р.М. Калужна, О.М. Гапонюк ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ КРІЗЬ СТРІЧКУ СВІТОВОГО КІНЕМАТОГРАФУ	318

І.В. Ковальська КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ КАРОЛІ У ДИТИНИ РАННЬОГО ВІКУ	318
А.В. Комарницька ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ НА ТЛІ COVID-19.....	319
Б.Р. Комлевий ПУХЛИНИ СЕРЦЕ У ДІТЕЙ. ТУБЕРОЗНИЙ СКЛЕРОЗ, ФІБРОМА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	320
Д.О.Кузнецова, І.Ю.Артеменко, І.О.Авксентюк, Д.Ю.Гуменюк БРОНХОЕКТАТИЧНА ХВОРОБА.....	321
О. М. Лопушанський, В.В.Бойко ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЛЕНЕКТОМІЇ ЯК МЕТОДУ ДОСЯГНЕННЯ ТРИВАЛОЇ РЕМІСІЇ У ХВОРИХ НА ІТП.....	322
В.М. Маркевич, В.А. Новоженюк ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНИЙ КОЛІТ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ЛІМФОБЛАСТНИМ ЛЕЙКОЗОМ.....	323
Д.П. Мартинюк, Ю.М. Федорович ВПЛИВ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ НА РОЗЛАДИ СЛУХУ В ДІТЕЙ.....	324
К.В. Моренець КРИТИЧНА ВАДА СЕРЦЯ: ТРАНСПОЗИЦІЯ ВЕЛИКИХ АРТЕРІЙ, ВИДИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ТА ЗАЛИШКОВА ПАТОЛОГІЯ.....	324
О.М. Музичук О.Ю. Марлов ЧИННИКИ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ.....	325
І. В. Нікітенко, К. С. Поліщук НЕКРОТИЗУЮЧИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ (НЕК) НОВОНАРОДЖЕНИХ. АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ З ВИЗНАЧЕННЯМ ПРОВІДНИХ ПРИЧИН ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ	326
А.А. Паляничка РАННЯ ДІАГНОСТИКА ВІДКРИТОЇ БОТАЛОВОЇ ПРОТОКИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ.....	327
П.Ю. Півень МУЛЬТИСИСТЕМНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ.....	327
І.О. Полянська, Д.М. Собецька НЕОНАТАЛЬНИЙ СКРИНІНГ. СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА РЕАЛІЇ УКРАЇНИ.....	328
О.П. Ридчук, В.О. Сандул ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ .	329
С.О. Сазонова, К.П. Степанець АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ДОКОРМУ У ДІТЕЙ	330
Я.В. Слесарчук, Ю.О. Гончарук, К.М.Пономарчук, Р.А.Рузанкова СИНДРОМ НІЙМЕГЕНА В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА	331
А.А. Ткаченко, В.О. Просвітлюк ПЕРЕБІГ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ДІТЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ ВІДДАЛЕНІ НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ	332
О.Ю. Фіненко СУЧАСНИЙ ПЕРЕБІГ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А У ДІТЕЙ.....	333
В.В. Харченко ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ДІТЕЙ .	333
ТЕРАПЕВТИЧНИЙ НАПРЯМ INTERNAL MEDICINE.....	335
MD Danish Arzoo, Deeksharaj Akela, K.S. Burdeyna SNAP RISK FACTORS AS PREDICTORS OF EARLY DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES	336
Md Danish Arzoo, Deeksharaj Akela A CLINICAL CASE STUDY OF OCCUPATIONAL BRONCHIAL ASTHMA	336
Sneha Mishra, Jatin Bholra MODERN TRENDS OF SMOKING AMONG YOUNGSTERS ...	337

Sogebi Mofiyinfoluwa Oluyemisi, Odulate Olawale Oluwatise THE IMPACT OF ONE YEAR OF WAR ON EDUCATIONAL ACTIVITY AND EMOTIONAL STATUS AMONG OF FOREIGN HIGHER EDUCATION APPLICANTS IN UKRAINE	338
Anshumali Tiwari A CLINICAL CASE OF MULTIORGAN INFLAMMATORY SYNDROME ASSOCIATED WITH SARS-COV-2	339
Т. С. Антонець ВПЛИВ СИГНАЛУ «ПОВІТРЯНА ТРИВОГА» НА ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ	339
Н.А.Бабій, В.В.Кузьменко НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ COVID-19	340
А.А. Балян ДИСФУНКЦІЯ ГІПОФІЗА У ХВОРИХ НА ГРАНУЛЕМАТОЗ ІЗ ПОЛІАНГІТОМ	341
Ю.С. Бескровна АРИТМОГЕННА КАРДІОМІОПАТІЯ : ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ.....	342
Ю.С. Бескровна МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧНА МРТ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ	343
В.А. Биков ЧАСТОТА НЕБАЖАНИХ РЕАКЦІЙ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19 У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧОЇ ПРОТИРЕВМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	344
О.О. Богач, Х.Т. Клепарівська УДАР ПО СЕРЦЮ:АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ, МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ТА ОСНОВНІ УСКЛАДНЕННЯ.....	345
В.В.Бойко, А.В.Ассефа, А.С.Лагасюк ТРОПІНІСТЬ ВЕБ ДО ГЕПАТОЦИТІВ ТА ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ВЕБ-АСОЦІЙОВАНОГО ГЕПАТИТУ	345
В.І. Бокоч ПОСТКОВІДНИЙ МІОКАРДИТ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ	346
К.С. Бурдейна, Н.Д. Ковальчук ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У СТУДЕНТІВ ВНМУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА.....	347
М.Ю. Васильєв НЕКЛАСИЧНІ ВИПАДКИ ЕРИТРЕМІЇ ТА ВТОРИННИХ ЕРИТРОЦИТОЗІВ	348
М.А. Верба, О.В. Майстер СПОНТАННИЙ ПНЕВМОТОРАКС У ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА	349
А.О. Вітюхіна ПЕТ/КТ ЯК ОДИН З НАЙТОЧНІШИХ МЕТОДІВ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ РЕЦИДИВУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	350
А.О. Вітюхіна, М.І. Дяченко РОЛЬ ДОДАТКОВИХ ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ У ЗБУДЖЕННІ ШЛУНОЧКІВ	351
М.О.Волкотруб, І.А. Дзьоник ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ВАКЦИНАЦІЄЮ ВАГІТНИХ ПРОТИ COVID-19 ТА ГОСПІТАЛІЗАЦІЄЮ НЕМОВЛЯТ В ПЕРШИЙ РІК ЖИТТЯ	352
Д.Р. Вороний, С.С. Ткачук ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ХВОРИХ ОКРЕМИХ ВІДДІЛЕНЬ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ	352
Т.А. Гавій ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	353
М. Гаджиева МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ ЯК ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ДІАГНОСТИКИ СПОНДИЛОДИСЦИТУ	354

А.В. Гандзюк, А.С. Рудяк, А.С. Старшикова МЕДИЦИНА ПОДОРОЖЕЙ. ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ М. ВІННИЦІ ЩОДО РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ	355
А.В. Гандзюк, А.С. Рудяк НЕСПЕЦИФІЧНИЙ АОРТОАРТЕРІТ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ	356
В.В. Гаркуша ПОШИРЕНІСТЬ РІЗНИХ СПОСОБІВ ВЖИВАННЯ НІКОТИНУ СЕРЕД МОЛОДІ В УКРАЇНІ ТА АНАЛІЗ МОТИВАЦІЇ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ.....	357
Я.Д. Гладкий, Е.І. Заремба РЕСВЕРАТРОЛ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХОЗЛ ТА КОМОРБІДНИХ СТАНІВ.	358
О.Є. Гріжимальська ВПЛИВ ПСОРИАТИЧНОЇ ХВОРОБИ НА ОРГАН ЗОРУ.....	359
А.П. Грудка, А.А. Балян ПОРУШЕННЯ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННІ СИСТЕМНІ ВАСКУЛІТИ	360
А.М. Дуник, А.М. Ошарова СИНДРОМ ГІПЕР-IgD АБО ДЕФІЦИТ МЕВАЛОНАТКІНАЗИ	360
К.Р. Дяченко ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ МІННО-ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ.....	361
В.В. Зьомко, В.І. Крохмаль КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА МІМІКРІЯ ПНЕВМОЦИСТНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ЛЖВ З ПНЕВМОНІЄЮ, ВИКЛИКАНОЮ SARS-COV-2	362
В.В. Зьомко, В.І. Крохмаль АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ІНФЛАМЕЙДЖІНГ	363
Д.О. Іващук, М.С. Рудишина ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДИХАЛЬНИХ ТЕСТІВ	364
К.Д. Карячка, В.В. Кирилюк, Н.Ю. Капітанчук ВПЛИВ ПАЛІННЯ НА НИРКИ	365
В.В. Килимчук ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ..	366
М.Ю. Кізлов СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ	367
М.Ю. Кізлов АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В РАДІОЛОГІЇ.....	368
В.С. Козачук, В.В. Гаркуша ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ: СОМАТИЧНІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ.....	368
П.Є. Кочерга, Ю.П. Пашкова, Л.М. Сурсаєва ВИКОРИСТАННЯ ОПИТУВАЛЬНИКА SF-36 В ОЦІНЦІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	369
Т.В. Кротюк, Т.В. Шевчук ВПЛИВ ЗАГОСТРЕННЯ ПОДАГРИ НА РИЗИК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	370
С.А. Кручок, К.Р. Міськова ОЦІНКА СТУПЕНЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ДЕРЖАВНОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ У ПОРІВНЯННІ З ТИМИ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДАХ.....	371
О.В.Ксенєвіч ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЯХ	372
О.В.Ксенєвіч ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА	373

О.О.Кутельмах ПОРІВНЯННЯ ДВОХ МЕТОДІВ В ЛІКУВАННІ ШКІРНИХ БОРОДАВОК: ТРИХЛОРОЦТОВОЇ КИСЛОТИ ТА ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ.....	374
М.І. Ластовецька, І.О. Мудрик ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВАД РОЗВИТКУ МАТКИ	374
В.П. Левківська, Д.О. Пермінов ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ЛЕПТОСПИРОЗУ НА ОСНОВІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	375
В.М.Лисюк, А.В.Ореховська COVID-19 ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФУНКЦІЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ: МЕХАНІЗМИ ПАТОГЕНЕЗУ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ	376
О.М. Лопушанський, А.В. Шевченко ВАКЦИНАЛЬНИЙ СТАТУС ТА РІВЕНЬ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ВАКЦИНАЦІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ	377
Р.В. Марценюк, І.Ю. Терлига СВІТОВИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЦЕБО ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	378
В.В. Матвєєв СУЧАСНЕ ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ З ПРОЯВАМИ ГІПЕРСПЛЕНІЗМУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	379
М.О. Матвійчук, С.О. Матвійчук РАЦІОНАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КТ В ДІАГНОСТИЦІ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПРИНЦИПИ НОРМУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ	380
Л.В. Мельник, В.Ю. Гуляєв ДІАГНОСТИКА РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ МАМОГРАФІЇ ТА УЗД	381
В.Р. Ониксимова ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ПІД ЧАС ВІЙНИ. ПРОБЛЕМА КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ 2022 РОКУ	381
А.М. Ошарова, А.М. Дуник КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ПОРІВНЯННЯ ПЕРЕБІГУ СМВ-ХОРИОРЕТИНІТУ У ЛЖВ ТА ВІЛ-НЕГАТИВНИХ ОСІБ З ІМУНОСУПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ	382
А.С. Панчишина МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВОЇ РЕСИНХРОНІЗАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ	383
П.Ю. Півень, В.О. Артеменко СТЕРЕОТАКСИЧНА РАДІОХІРУРГІЯ У ЛІКУВАННІ ЦЕРЕБРОРЕТИНАЛЬНОГО АНГІОМАТОЗУ ГІППЕЛЯ-ЛІНДАУ.....	384
М.А. Підгрушна ПАТОГЕНЕЗ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСИКОДЕРМІЙ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ.....	385
О.М. Плавков IGA-ВАСКУЛІТ (ГЕМОРАГІЧНИЙ ВАСКУЛІТ, ХВОРОБА ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА) У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ.....	386
О.М. Плавков ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНОЮ НВВ-ІНФЕКЦІЄЮ. ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ НВВ-ІНФЕКЦІЇ У ПЛОДА ТА НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	387
І.С. Плоскіна, І.І. Грицюк ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ.....	388

А.С. Продащук ВПЛИВ МЕХАНІЗМІВ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО БЕТА-ЛАКТАМНИХ АНТИБІОТИКІВ НА ТАКТИКУ ВИБОРУ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ E. COLI - АСОЦІЙОВАНИХ ІНФЕКЦІЯХ.....	389
О.Р. Саприга, О.В. Чумак КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В+Д НА ТЛІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ.....	390
М.В.Сірик СИНДРОМ ТАКОЦУБО ТА COVID-19: АСОЦІАЦІЇ ТА НАСЛІДКИ	391
Б.Я. Скиба ПОШИРЕНІСТЬ ПУБЛІКАЦІЙ НА ТЕМУ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЯ У БАЗІ PUB.MED.....	391
Я.С. Слободянюк РОЛЬ ТРИВИМІРНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В СУЧАСНІЙ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	392
А.М. Стариченко СИНДРОМАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ: ЕЛЕМЕНТИ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ «CASE DISCUSSION» НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	393
І.Ю. Терлига, Р.В. Марценюк ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ СУЧАСНОГО ТЕРАПЕВІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНА	394
А.А. Ткаченко ВПЛИВ ВІЙНИ НА ВИНИКНЕННЯ ТА ЗАГОСТРЕННЯ ШКІРНИХ ХВОРОБ.....	395
С.С. Ткачук ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ АСОЦІЙОВАНОГО З ВІРУСОМ ЕПШТЕЙН БАРРА.....	395
Е.В. Товмасян, Т.В.Шевчук СИНДРОМ АКТИВОВАНОЇ РІЗ-КІНАЗИ ЯК ВРОДЖЕНА ПОМИЛКА ІМУНІТЕТУ	396
Б.А. Федор, Д.В. Чугаєвський КОРОНАРНА КТ АНГІОГРАФІЯ МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	397
Д.І. Фещенко, Л.М.Сурсаєва, Ю.П.Пашкова РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ СУЧАСНОЇ БІОМАРКЕРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	398
М.В. Цибень АНАЛІЗ РИНКУ ДОДАТКІВ ДЛЯ ANDROID-ПРИСТРОЇВ ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В УКРАЇНІ.....	399
В.О. Челишев ХВОРОБА EVALI (СЛАБКІ ЛЮДИ КУРЯТЬ, СИЛЬНІ-КИДАЮТЬ, ІНТЕЛІГЕНТНІ-ІАРЯТЬ)	400
А.П. Черначук, А.В. Голубець, Д.Р. Якобчук ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ПАЦІЄНТОК З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ДОСЛІДЖУВАНИМ ПРЕПАРАТОМ ДОЛУТЕГРАВІРОМ	401
В.Ю. Шайдюк COVID-19 ТА СУГЛОБОВИЙ СИНДРОМ. ПРОБЛЕМИ ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ «РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ» ПІСЛЯ COVID-19	402
М.О. Шемета РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ДИСПЕПСІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА	403
С.В. Шкондін ОЦІНКА ЯКОСТІ ДОДАТКІВ ДЛЯ ANDROID-ПРИСТРОЇВ ДОСТУПНИХ В УКРАЇНІ ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	404

С.В. Шкондін МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ АБДОМІНАЛЬНИХ ГОСИПБОМ. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ В РАДІОЛОГІЇ.....	404
О.П. Шубіна ФАКТОРИ, ПОВ'ЯЗАНІ З РИЗИКОМ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ В КРЕМЕНЧУЦЬКОМУ РАЙОНІ.....	405
НАПРЯМ КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ	
CLINICAL PSYCHOLOGY, NEUROLOGY AND PSYCHIATRY.....	407
N.S. Minina PSYCHOSOMATIC DISORDER AND THEIR CONNECTION WITH EMOTIONAL INTELLIGENCE	408
Tikam Singh Solanki PSYCHOMETRIC EVALUATION OF SLEEP DISORDERS IN VNMU STUDENTS: IMPACT ON COGNITIVE FUNCTION AND QUALITY OF LIFE	408
А.Е. Беляєва ПРОВІДНІ МЕТОДИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПРИ ПАНІЧНІЙ АТАЦІ	409
К.О. Бердишева НЕВРОЛОГІЧНА СИМПТОМАТИКА В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ, ЩО СПРИЧИНЕНА ВИБУХОВОЮ ХВИЛЕЮ	410
Я.О. Бондар, Т.А. Політанська МЕНІНГОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ	411
Н.М. Бондарчук ОНОВЛЕНІ СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ МІАСТЕНІЇ У ДОРΟΣЛИХ..	412
В.В. Браїлян, П.П. Бублик СУЧАСНА ФАРМАКОЕТИОЛОГІЧНА ТЕРАПІЯ МІГРЕНІ	413
К.С. Бурдейна ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕМПЕРАМЕНТУ.....	414
М.А. Верба ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОГНІТИВНИХ І ЕМОЦІЙНО-АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА	415
А. Р. Вікол, В. П. Маслій ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДРАВЕ.....	415
Л. М. Гнатюк, В. П. Маслій ГОЛОВНИЙ БІЛЬ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	416
В. О. Гончаренко ВАРІАЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ЗНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ У ЗДОРОВИХ ІНДИВІДУМІВ ЯК ІНДИКАТОР ПОГРАНИЧНИХ ЗМІН У РОБОТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	417
А.П.Гунько СУЩИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА В ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	418
М.Р. Гунько ПРОЯВИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ В РЕАЛІЯХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ	419
В.О. Давидюк ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНОЇ, АФЕКТИВНОЇ ТА СИСТЕМ ПЕРЦЕПТИВНОЇ МОДАЛЬНОСТІ ВНАСЛІДОК ГОСТРОЇ СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ, НА ТЛІ ПРИЙОМУ "CHOLINI ALFOSCERAS"	420
К.О. Дем'янова, В.І. Лапуцький ВПЛИВ ПОРУШЕННЯ СЛУХУ НА ФІЗІОЛОГІЮ ЗНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ.....	421
Р.В. Дяченко, Є.А. Очеретна ПЕРСПЕКТИВИ ІНТРАНАЗАЛЬНОЇ НЕЙРОСТИМУЛЯЦІЇ У ЛІКУВАННІ ЕПІЛЕПСІЇ.....	422
В.В.Килимчук ЗАСТОСУВАННЯ АТОГЕПАНТУ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ.....	423

В.В. Кобець, Д.Д. Куліков ЗВ'ЯЗОК ПОШИРНОСТІ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ ЗІ ЗМІНАМИ ЗІНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ	424
Т.Ю. Коваленко ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ, МОТИВУЮЧИХ ВІДМОВУ ВІД КУРІННЯ	425
Т.Ю. Коваленко ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ.....	426
К.С. Колосюк МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ КОЛЕКТИВНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ.....	427
В.В. Кравець ЕТІОЛОГІЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА ТА ТОКСИЧНІ МОДЕЛІ ВІДТВОРЕННЯ ХВОРОБИ	428
О.О. Кравченко ХАМЕЛЕОНИ ІНСУЛЬТУ	429
Ю. О. Крижановська РОЗГЛЯД КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ОРФАННОГО ЗАХВОРЮВАННЯ. НЕЙРОНАЛЬНИЙ ЦЕРОЇДНИЙ ЛІПОФУСЦИНОЗ	430
О.С.Криклицевець ТУБЕРОЗНИЙ СКЛЕРОЗ У ДІТЕЙ. СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ	430
Т.С.Лелях, Д.О.Мальований КОМПЛЕКСНА ГЕНЕТИЧНА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ В НЕРВОВІЙ СИСТЕМІ МЕТОДОМ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗШИРЕННЯ ТАНДЕМНИХ ПОВТОРІВ.....	431
І.О. Марчук ДУМСКРОЛІНГ, ЯК ЦИФРОВИЙ МАРКЕР ДИДЖИТАЛІЗАЦІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	432
О. В. Мац, Д. Ю. Удовіченко ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ПРОЯВІВ АЛЕКСИТИМІЇ У РОЗВИТКУ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ НА ФОНІ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	433
А.В.Новицький ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ: КЛІНІЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИМІРИ	434
В.В. Новікова, Р.Н. Русенко НОВИНКА В ЛІКУВАННІ БІЧНОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ	435
І.Ю. Повар ПРОГНОЗИ ГОСТРОТИ ЗОРУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕПРЯМУ ТРАВМАТИЧНУ НЕЙРОПАТІЮ ЗОРОВОГО НЕРВА	436
О.Ю. Пономарчук ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ	437
В.О. Просвітлюк, А.А. Ткаченко МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ ЗІНИЧНОГО РЕФЛЕКСУ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОГРАМИ REFLEX BRIGHTLAMP	438
Є.А. Саєнко, К.А. Саєнко ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ МНОЖИННОГО СКЛЕРОЗУ (МС), ОСТАННІ ТЕНДЕНЦІЇ У СВІТІ.....	439
М.Г. Саруханян ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	440
М.В. Скобенко ВПЛИВ ЕМОЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТА ЯКОСТІ СЛУХУ НА ПРОЦЕСИ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ.....	441
В.С. Солотовка, В.О. Шевчук ЛІКУВАННЯ ВАЛЬПРОАТАМИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ, УСКЛАДНЕНИМ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ.....	442

Д.В. Філатова ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ КАНІСТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ	442
Р.Р. Фурман РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ДЕКОМПРЕСІЇ СЕРЕДИННОГО НЕРВА ПРИ СИНДРОМІ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛУ ЕНДОСКОПІЧНОЮ ТА ВІДКРИТОЮ МЕТОДИКОЮ	443
Я.М. Чукань, Д.В. Степаненко, В.П. Маслій Наслідки мінно-вибухової закритої ЧМТ та постратматичного стресового розладу	444
П.О. Ширай, О. В. Мац, З.І. Карп'юк ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19 НА ВИРАЖЕНІСТЬ БЕЗСОННЯ В УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ НА ФОНІ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	445
ХІРУРГІЯ SURGERY	447
Deeksharaj Akela , Svitlana Suchok, Md Danish Arzoo A RARE CASE OF INTESTINAL VOLVULUS IN PAEDIATRIC DIABETIC KETOACIDOSIS	448
Nkambule Setsabile Lobesuthu, Davies Elizabeth Eme Roland THE ANALYSIS OF A POSSIBLE RELATIONSHIP BETWEEN TEAR PRODUCTION AND SLEEP HABITS	448
Л.В. Антіпова, К.О. Дем'янова ЗМІНИ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНОГО БАЛАНСУ ПРИ ПЕРИТОНІТІ.....	449
А. О. Беганська ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЦИВІЛЬНИМИ ХІРУРГАМИ В УКРАЇНІ.....	450
М.А. Бегма, В.В. Мороз КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ СИНДРОМУ ГІПЕРЕМОВАНОЇ КАЛИТКИ.....	451
Є.В. Бейреш МЕТОД ЛІКУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ: ЛАПАРОСКОПІЧНА ПРАВСТОРОННЯ КОЛЕКТОМІЯ З ІНТРАКОРПОРАЛЬНИМ АНАСТОМОЗОМ.....	452
І. В. Бидловська ТОНЗИЛЕКТОМІЯ – КРАЙНІЙ ЗАХІД У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ	453
Н.М. Бондарчук МЕХАНІЗМ ВТРАТИ СЛУХУ ПРИ ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ	454
Н.М. Бондарчук ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ ЕКСПАНСИВНИМИ КУЛЯМИ	455
А.О. Василевич АНАЛІЗ ПЕРЕВАГ І НЕДОЛІКІВ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ У ПОРІВНЯННІ З ТРАДИЦІЙНИМИ ХІРУРГІЧНИМИ МЕТОДАМИ	456
М.Ю. Васильєв ГЕНЕТИЧНІ МУТАЦІЇ BRCA1 І BRCA2 У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ.....	457
М.А. Верба РОЛЬ ХОЛЕМІЇ В РОЗВИТКУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	457
А. Р. Вікол ВИКОРИСТАННЯ ТРОФІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ.....	458
А. Р. Вікол ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЕВЕНТРАЦІЇ	459
А.Р. Вітюк, Н.В. Колейко ОБІЗНАНІСТЬ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ ПО НАДАННЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ У ХІРУРГІЇ	460

М. Гаджиева СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ РОЗРИВУ МЕНІСКА В КОНТЕКСТІ КЛІНІКО–АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ Кафедра загальної хірургії	461
А.В.Гандзюк, А.С.Старшикова ВАКУУМ-АКТИВНА ТЕРАПІЯ У ПОРІВНЯННІ ЗІ ЗВИЧАЙНИМИ РАНОВИМИ ПОВ'ЯЗКАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК	462
Я. Д. Гладкий, Е. І. Заремба ГОСТРИЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПАНКРЕАТИТ: ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯ ТРАНСПАПЛЯРНИХ ТА ВІДКРИТИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ.....	463
Я. Д. Гладкий, Е. І. Заремба СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ АКУСТИЧНОЇ ТРАВМИ ВУХА.....	464
А.В. Голубець, Д.Р. Якобчук, А.П. Черначук УЛЬТРАЗВУКОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ (ROCUS FAST-ПРОТОКОЛ) У РОБОТІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ.....	465
В.Ю.Грач ЗАСТОСУВАННЯ ТАКТИКИ "DAMAGE CONTROL" НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ	466
А.В. Грижимайло, В.Л. Павленко ВАКУУМНИЙ ДЗВІН ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННЮ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ.....	467
А.С.Грищенко, Я.В. Зімбовський ВИКОРИСТАННЯ СОРБЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ.....	467
О.С. Грїжимальська ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ВИКОРИСТАННЯ ГАДЖЕТІВ НА СТАН БУЛЬБАРНОЇ КОН'ЮНКТИВИ У СТУДЕНТІВ	468
О.О. Дерманська, І.А. Матяж ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ОСНОВІ РУЗУЛЬТАТІВ ПРОВЕДЕНОГО МЕТААНАЛІЗУ	469
Р.В Дяченко, Є.А. Очеретна СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЄ УВІ СНІ, ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ	470
Ю. О. Зелінський, А. Р. Музиченко, І. В. Стебловська ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКА ФАКТОРА ФОРМИ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ГРИЖЕПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ ПАХОВОЇ ГРИЖІ	471
А.С.Ігнатєва БАКТЕРІАЛЬНЕ ЗАБРУДНЕННЯ РАНИ У ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА.....	472
А.М. Квірікашвілі ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХВОРОБИ ТА СИНДРОМУ КАРОЛІ, ПРОБЛЕМАТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	474
В.В.Килимчук ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ БОЙОВІЙ ПРОНИКАЮЧІЙ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ.....	475
В.В. Кобець, В.В. Стельмашук КОНВЕРСІЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ, ПОКАЗИ ДО ЇЇ ПРОВЕДЕННЯ	476
Н.Д. Ковальчук, К.С. Бурдейна ТОТАЛЬНА ПАНКРЕАТЕКТОМІЯ З АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ КЛІТИН ЛАНГЕРГАНСА ТА ЗВ'ЯЗОК ІЗ АДЕНОКАРЦИНОМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: МЕТА-АНАЛІЗ	477

І.А. Король, М.Л. Зарічнюк ОЧНІ ПРОЯВИ НЕХОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ	478
І.А. Король, М.Л. Зарічнюк ХВОРОБА МЕНЬЄРА	479
В.В. Кравець, О.Ю. Пономарчук АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	479
В.В. Кравець, І.В. Бидловська НАЙРОЗПОВСЮДЖЕНІШІ ТРАВМИ ВУХА У ВІЙСЬКОВИХ: АКУБАРОТРАВМА, РОЗРИВ БАРАБАННИХ ПЕРЕТИНОК.....	480
Ю. О. Крижановська ПРИЧИНИ БАКТЕРІАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ПОВЕРХНІ ОКА У НОСІЇВ КОНТАКТНИХ ЛІНЗ	481
Т.В. Кротюк ПЕРОРАЛЬНА ЕНДОСКОПІЧНА МІОТОМІЯ ПРОТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ МІОТОМІЇ ТА ЧАСТКОВОЇ ФУНДОПЛАКАЦІЇ ПРИ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ	482
Ю.А.Крючкова, К.В Дроненко РОЛЬ ЛАКТАЦІЇ У РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ПАЦІЄНТІВ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ	483
В.І. Лапуцький, А.В. Музиченко ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ НЕНАРКОТИЧНИМИ АНАЛГЕТИКАМИ У ТЯЖКОПОРАНЕНИХ ПАЦІЄНТІВ.....	484
Т.С.Лелях МЕТОДИКА ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН БІОМАТРИКСОМ ВТМ.....	485
О. М. Лопушанський COVID-19-АСОЦІЙОВАНІ ТРОМБОЗИ АРТЕРІЙ КІНЦІВОК: АНАЛІЗ ДАНИХ ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНОГО ДОСВІДУ	486
К.Р. Міськова, І.О. Танасійчук ВПРОВАДЖЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ЗАЛОБКОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ.....	487
М.О. Міщенко ДИЛЯТАЦІЙНІ КАРДІОМІОПАТІЇ ПО ДАНИХ ВОДКЛ.....	488
А. М. Музиченко РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ ТА ВІРУСНИХ АГЕНТІВ У ВИНИКНЕННІ ТОРАКАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ НК/Т-КЛІТИННІЙ ЛІМФОМІ	489
А.В. Нецеля ЗНАЧЕННЯ ПЛАСТИКИ ВІДХІДНИКОВО-КУПРИКОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ ПРИ ТРАВМАХ КУПРИКА ЯК ОСНОВНОГО МЕТОДУ У ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ ДЕФЕКАЦІЇ.....	489
А.Ю.Осадчук ДОСЛІДЖЕННЯ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИНИКНУТИ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА, ПІД ЧАС ПРИЙОМУ ГЕМЦИТАБІНУ	490
В.Р. Оськін, В.Л. Павленко СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ В ДІТЕЙ.....	491
Є.А Очеретна, Р.В. Дяченко ЗАСТОСУВАННЯ ENDOVASC ПРИ УРАЖЕННІ ТОНКОЇ КИШКИ	492
В.Л. Павленко, А.В. Грижимайло ОСОБЛИВОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ.....	493
А.Р. Павлюк ОБСТРУКТИВНА РЕЗЕКЦІЯ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ У ВІЙСЬКОВИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ АБДОМІНАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ.....	494
Д.С. Петюх ПОРІВНЯННЯ ШКОЛИ ALVARADO ОЦІНКИ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ НА АПЕНДИЦИТ (AIR) І RIRASA У ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ	495

I. Ю. Повар ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ АТРЕЗІЇ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ	495
I. Ю. Повар ВАКУУМНА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ	496
Д.Д. Присяжнюк АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИКОРИСТАННЯ ІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЛДГК У ДІТЕЙ.....	497
К.А. Саєнко, Є.А. Саєнко ВПЛИВ РАННЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ІМУННИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ З ГОСТРИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ....	498
Є.А. Саєнко, К.А. Саєнко БІЛЬ У ВУСІ (ОТАЛГІЯ) ВУШНІ ТА НЕВУШНІ ПРИЧИНИ	499
М.В. Свіцка, А.В. МороченецьНОВІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ПИТАНЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ, ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ТА ІНФІКОВАНИХ РАН.....	500
Г.Г. Сирота ІННОВАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ У ЛІКУВАННІ ЧИСТИХ РАН: ОСНОВНІ АСПЕКТИ ТА НОВІТНІ ДОСЯГНЕННЯ.....	501
М.Г.Сирота ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ОСКОЛКОВОЇ ТРАВМИ М'ЯКИХ ТКАНИН НИЖНІХ КІНЦІВОК ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ РОТАЦІЙНОГО КЛАПТЯ «PROPELLER FLAP» ДЛЯ ПЛАСТИКИ ОБШИРНИХ ДЕФЕКТІВ У КОМБІНАЦІЇ ІЗ VAC - АСИСТОВАНИМ ЗАКРИТТЯМ РАН	502
М.В. Скобенко, Б.П.Рижков ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ FAST-ПРОТОКОЛУ У ПОРАНЕНИХ.....	503
Т.І. Супрун ТРАНСАНАЛЬНА ГЕМОРОЇДАЛЬНА ДЕЗАРТЕРІАЛІЗАЦІЯ.....	504
I. О. Танасійчук, К. Р. Міськова ПОРІВНЯННЯ РАННІХ (СТАЦІОНАРНИХ) РЕЗУЛЬТАТІВ ОДНОМОМЕНТНОЇ ЧЕРЕЗМІХУРОВОЇ ТА ЗАЛОБКОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЙ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПРОСТАТИ	504
У.А. Тігарова, Є. О. Філонова ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНОГО НЕГАТИВНОГО ТИСКУ У ЛІКУВАННІ РАН НА ПРИКЛАДІ VAC-СИСТЕМИ	505
С.С. Ткачук АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АРТРОСКОПІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБУ.....	506
В.В. Токарчук РЕКОНСТРУКЦІЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ РОТАЦІЙНИМИ КЛАПТЯМИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ КЛІНІКИ ПРИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ	507
В.В. Федотова ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ ГОЛОСОУТВОРЕННЯ.....	508
Д.В. Філатова, Е.В. Сапліна ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКІВ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ.....	509
Д.С. Хільченко, О.О. Дзись ВОГНЕПАЛЬНІ УШКОДЖЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ, НАНЕСЕНІ ВІЙСЬКОВИМ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ ЗА 2014–2020 РР	510
Є.Р.Хоменко ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ З ОКРЕМИМИ КЛІНІЧНИМИ ТА ЛАБОРАТОРНИМИ ДАНИМИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	511
Л.О. Хотячук ПАРАНЕОПЛАСТИЧНІ СИНДРОМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ОНКОЛОГІЇ.....	512

М.В. Цибеня ОСНОВНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ VAS-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ.....	513
К.Д. Цигалко МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ НА АОРТАЛЬНОМУ КЛАПАНІ.....	514
С.О. Чубак ХВОРОБА ГІРШПРУНГА У ДІТЕЙ	514
І.І. Шандрук , В.О. Шевчук МІСЦЕ ВАК-ТЕРАПІЇ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМАХ ТА ЇЇ ПЕРЕВАГИ	515
І.І. Шишман,С.Г. Григоренко ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ УНІКАЛЬНОМУ ВИПАДКУ ЗБЕРЕЖЕННЯ КРОВОПОСТАЧАННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ВНАСЛІДОК ОСКОЛКОВОГО ПОРАНЕННЯ.....	516
В.В. Шовкопляс, Д.С. Северинов ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ СТУПЕНЯ АТРОФІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ВИБОРІ ТЕРМІНУ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ.....	517
А.В. Шпілка ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА	518
А.В. Шпілка ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ СТОПИ ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ.....	519
Н.І.Ющук ХВОРОБА СУХОГО ОКА У ХВОРОГО З ГОСТРИМ МІЄЛОБЛАСТНИМ ЛЕЙКОЗОМ ПІСЛЯ ПЕРЕСАДКИ КІСТКОВОГО МОЗКУ	520
СТОМАТОЛОГІЯ DENTISTRY	521
Monika Malgorzata Bialoszycka ¹ , Alisa Pachevska ² APPLICATION OF THE CRYSTALLOGRAPHIC METHOD FOR STUDYING SALIVA FOR EARLY DIAGNOSTICS OF THE MOUTH CAVITY DISEASES	522
Hasnae Charife, H. I. Krynychnych VOMERONASAL ORGAN: A MODERN VIEW OF ITS STRUCTURE, FUNCTION AND EVOLUTIONARY SIGNIFICANCE	523
Hart Laurena PRINCIPLES OF DENTAL CARE IN POLAND.....	524
Д.О.Беседін, Т.В. Чугу, Н.В.Драчук ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ТРАВМИ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ТА ТЕРМІНУ ЗВЕРТАННЯ ЗА ПРОФЕСІЙНОЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ. КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД	524
Р.В. Бурлака, Т.Р.Закалата ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЩА З ДОДАТКОВИМ ВИКОРИСТАННЯМ МІКРОІМПЛАНТІВ ТА СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ НЕЗНІМНОЮ АПАРАТУРОЮ	525
А.Ю. Васильченко ФОНЕТИЧНА АДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЧАСТКОВОГО ЗНІМНОГО ПЛАСТИНКОВОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ ...	526
В.Р. Вахновський, Н.Ф. Бабійчук ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СНЩС І ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ	527
А.Б. Волинець ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИПУ МИСЛЕННЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ТА ТИПУ ЇХ ТЕМПЕРАМЕНТУ	527
Д.О. Гончарук, А.І.Даліщук, В.С.Поліщук, О.О.Поліщук ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПЕЧІНКИ.....	528

Я.Р.Гурський КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕСТАВРАЦІЇ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН АПРОКСИМАЛЬНИХ ПОВЕРХОНЬ ТЕХНІКОЮ “BULK-FILL” ЗА КРИТЕРІЯМИ FDI	529
А.О. Дзяд, В.С. Поліщук., О.О. Поліщук, А.І. Даліщук ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТУ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ЩЕЛЕП НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ	530
П.Д. Кіндій ПОШУК НАПРЯМКІВ УДОСКОНАЛЕННЯ СУЧАСНИХ БАЗИСНИХ ПЛАСТМАС В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ.....	531
Н.Г.Коваль, В.С.Поліщук, А.І.Даліщук, О.О.Поліщук ПОКАЗНИКИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ У РІЗНИХ ВІДДІЛАХ ЩЕЛЕП	532
О.С. Крещук ТРИЩИНИ ЗУБІВ ЯК УСКЛАДНЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОГНОЗ.....	533
П.С. Кузнецова ПРОЯВИ ВТОРИННОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ЗУБНОГО РЯДУ У РЕЗУЛЬТАТІ ВТРАТИ ПЕРШОГО МОЛЯРА У МОЛОДОМУ ВІЦІ	534
Е.М. Логунова, А.В. Пачевська ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ ПЕРІОДОНТУ ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ДЕКСАМЕТАЗОНУ	534
А.П. Пантелєєва КОНЦЕНТРАЦІЯ ФТОРИДІВ У ПИТНІЙ ВОДІ ТА ВПЛИВ НА РОЗВИТОК НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТА КАРІЄСУ У МІСЦЕВИХ ЖИТЕЛІВ МІСТА ПОЛТАВИ	535
В. А. Пашнікова ЗМІНИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ВИКОРИСТАННІ СИСТЕМ ДЛЯ НАГРІВАННЯ ТІОТЮОНУ	536
Д.Л. Присяжнюк, В.С.Поліщук, О.О.Поліщук, А.І.Даліщук ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ ОБРОБКИ ЛУНКИ ЗУБІВ МУДРОСТІ	537
О.П. Ридчук КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ НУКЛЕОТИДІВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВИЛИЧНОЇ КІСТКИ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПОШКОДЖЕННЯМ ІНФРАОРБІТАЛЬНОГО НЕРВА	538
В.О. Сандул, О.О.Негода СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ЩУРЯТ, НАРОДЖЕНИХ ВІД САМОК НА ФОНІ ТРИВАЛОЇ МЕТІОНІН-ІНДУКОВАНОЇ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЇ ХОЛІНОМ І ВІТАМІНОМ D	539
Л.О. Соцька ВИКОРИСТАННЯ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВОГО ДОСТУПУ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ У ПАЦІЄНТІВ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ ..	539
А.О. Цвяк ФОТОПРОТОКОЛ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ - ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ МОТИВАЦІЇ, СПІВПРАЦІ ТА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ	540
А.Ю.Черкасенко, А.О.Мамченко ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ВЕКТОР-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	541
О.О.Ямковий, В.С.Поліщук, А.І.Даліщук, О.О.Поліщук ВПЛИВ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ ЩЕЛЕП НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ МІСЦЕВИХ ОЗНАК ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ЗУБНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ	542
ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ PHARMACY AND PHARMACOLOGY	544
В.О. Артеменко ПОТОЧНІ ПРОБЛЕМИ ПОСТКОЇТАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ — ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТІВ	545

Бескровна Ю.С., Гуляєв В.Ю. РОЛЬ СЕЛЕКТИВНИХ ІНГІБІТОРІВ ЗВОРОТНЬОГО ЗАХОПЛЕННЯ СЕРОТОНІНУ В ЛІКУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ	546
О.В. Беда, Ю.Ю. Запарнюк, К.В. Мельник ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА КОНТРОЛЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	547
Н.В. Бідзіля ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИПАРКІНСОНІЧНИХ ЗАСОБІВ У ВИГЛЯДІ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СИСТЕМИ.....	548
О.О. Боровик, А.А. Паляничка, Р.Р. Фурман ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ ЗМІН ПСИХІЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ З РІВНЕМ СПОЖИВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ	549
уА.Ю. Вербіцька, В.Р. Годлевська ФАБІМЦИН ЯК МОЖЛИВИЙ ШЛЯХ ДО ПОДОЛАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ.....	550
А.Ю. Вербіцька, В.Р. Годлевська ФОСЛЕВОДОПА/ФОСКАРБІДОПА - НОВА ЛІКАРСЬКА ФОРМА ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА	550
А. О. Вітюхіна, М. І. Дяченко БЛОКАТОРИ АНГІОТЕНЗИНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ ЯК АД'ЮВАНТИ В ЛІКУВАННІ ОНКОПАТОЛОГІЇ.....	551
І. І. Волков ШТУЧНІ НЕЙРОННІ МЕРЕЖІ ЯК ЗАСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ІНФАРКТУ МІОКАРДУ НА ЗАПИСАХ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМ	552
О.В. Горбенко СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ АКНЕ РЕТИНОЇДАМИ	553
М.В. Григоренко, С.Г. Григоренко ВПЛИВ НЕАНТИБІОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПОШИРЕННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ.....	554
К.В. Демакіна, В.В. Смолій МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ В ДЕРМАТОЛОГІЇ.....	555
А.М. Дуник, П.В. Далекий, А.М. Ошарова ДОСТАРЛІМАБ: ЗРОСТАННЯ НАДІЇ ПРОТИ ЛІКУВАННЯ РАКУ	556
С. А. Зароднюк ВИКОРИСТАННЯ НАРКОЗНИХ ЗАСОБІВ В ЯКОСТІ ЗНЕБОЛЮЮЧИХ	557
Я.В. Зімбовський, А.С. Грищенко ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ «РАНЕКСИ» при ІХС.....	558
К.М. Качковська КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ - НОВИЙ ВИТОК ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	559
С.Я. Кертис НАСЛІДКИ ВИКОРИСТАННЯ СПОРТСМЕНАМИ ЖІНОЧОЇ СТАТІ АНАБОЛІЧНИХ АНДРОГЕННИХ СТЕРОЇДІВ.....	560
М.Ю. Кізлов ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ВІДСТРОЧЕННЯ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1-ГО ТИПУ	561
В.В. Ковальчук ПРОФЕСІЙНА ДОГЛЯДОВА КОСМЕТИКА – ПОРІВНЯННЯ БРЕНДІВ	562
Д.М. Ковтонюк АЛЕРГІЯ В ЖИТТІ СТУДЕНТІВ.....	562
А.С. Маліцька, Д.Р. Соляр РОЛЬ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ПОШИРЕННЯ ХВОРОБИ ЛАЙМА У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	563
І.О. Марченко, Д. Є. Двореченець ШЛУНКОВО-КИШКОВИЙ ТРАКТ І НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ - СЕЛЕКТИВНІ ІНГІБІТОРИ ЦИКЛООКСИГЕНАЗИ-2	

.....	564
М.О. Матвійчук, С.О. Матвійчук ЕКСКУРС В КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ.....	565
В.М. Мельничук МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ...	566
В.І.Онофрійчук, В.С.Ткач ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОГО КАНАБІСУ У ЛІКУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ (ПТСР).....	567
Р.С. Опалько, К.О.Калініченко ПЕРСПЕКТИВА ВИКОРИСТАННЯ БЛОКАТОРІВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ	568
А.Ю.Осадчук АНАЛІЗ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА СХЕМОЮ АС	569
Т.О. Осецька ІМУНОМОДУЛЮЮЧА ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ДІЯ ЛАМІНАРІЇ І ПРЕПАРАТІВ НА ЇЇ ОСНОВІ.....	570
А.Г. Попелнуха ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЮ ПРИ ОПІКОВІЙ ХВОРОБІ.....	570
К.М. Радкевич ФАРМАКОЛОГІЯ ЦУКРОЗНИЖУЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ З ПОЛІТРОПНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ	571
А.С. Рудяк, А.В. Гандзюк ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АМІНОГЛІКОЗІДІВ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ ЕНДОКАРДИТІ.....	572
С.О.Сазонова, Д.О.Чайка ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ХОЛОДОВОЇ ТРАВМИ.....	573
Л. О. Сахнюк ФАРМАКОТЕРАПІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ	574
Б.Я. Скиба, В.В. Токарчук СЕРЙОЗНІ ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНІ З ФТОРХІНОЛОНАМИ ТА КОЛАГЕНОМ	575
К.М. Скорук, Я.А. Чорновіл, Д.М. Романішина, В.М. Денісова БЕЗПЕКА ВЖИВАННЯ іАПФ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	575
К. В. Спрут НОВІ ПРЕПАРАТИ В ЛІКУВАННІ МІГРЕНІ	576
К.П. Степанець АГОНІСТИ РЕЦЕПТОРІВ ГЛЮКАГОНОПОДІБНОГО ПЕПТИДУ-1 В ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	577
А.В. Ус, В.С. Волкотруб АНАЛІЗ ЕКЗИПІЄНТІВ В НОВІТНІХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ	579
Ю.М. Федорович, Д.П. Мартинюк NOACS: НОВИЙ КЛАС ПЕРОРАЛЬНИХ АНТИКОАГУЛЯНТІВ	580
Т.В.Шевчук, М.В.Сірик ВПЛИВ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МАСУ ТІЛА	581
А.А.Юссеф, М.О.Яременко АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОРАНЕНИХ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ	581
МОЛОДІ ВЧЕНІ YOUNG SCIENTISTS.....	583
R.O.Ivanov THE INFLUENCE OF TOBACCO SMOKING ON SALIVATION AND THE STATE OF THE ORAL CAVITY	584
М. О. Kalinichenko A NEW FORMULA TO DESCRIBE CEREBELLAR SHAPE.....	584

A.A. Overchuk VASCULAR CELL ADHESION MOLECULE-1 ROLE IN BRONCHIOLITIS IN YOUNG CHILDREN.....	585
S. Suchok TRIGGERS OF ABDOMINAL PAIN IN PAEDIATRIC DIABETIC KETOACIDOSIS	586
А.С. Баранова, Н.П. Півнюк СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ МІСТА ВІННИЦІ.....	587
А.В. Бронюк ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА: КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ	588
П.О.Бульба УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЯК ЕТАП ПОКРАЩЕННЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ	589
В.О. Власенко ВАРІАЦІЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДУЖЕ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ	590
Ю.В.Галаган ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРУКТУРНИХ ЗМІН ПЕЧІНКИ МОЛОДИХ ТА ЗРЛИХ ТВАРИН ЗА УМОВ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ	591
О.В. Гарвасюк ДІАГНОСТИКА ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ	593
Г. Б. Галевич ДОСЛІДЖЕННЯ ТОКСИКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ЕКСТРАКТУ ТРАВИ TAGETES PATULA L.....	594
Л. М. Гнатюк, Д. В. Гриневич ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	595
А.М. Гончарук РФАРА - СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ІНФЕКЦІОНІСТА (ВЛАСНЕ КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ).....	596
Ю.О. Григор'єва НЕКОМПАКТНА КАРДІОМІОПАТІЯ АБО СИНДРОМ «РОЗБИТОГО СЕРЦЯ». КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	597
Н.В. Драчук, Н.М. Ісакова ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРАДОНТИТУ ЛЕГКОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ПЕРЕД ЗАСТОСУВАННЯМ ЗНІМНОЇ ОРТОДОНТИЧНОЇ АПАРАТУРИ.....	598
Н.В. Житнюк, О.В. Швед, О.О. Попович ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ ТОЦИЛІЗУМАБУ У ПАЦІЄНТІВ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ.....	599
Я. С.Закут ОЦІНКА ВПЛИВУ СТАЖУ АДІКЦІЇ ДО ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ПАРОДОНТИ У ПІДЛІТКІВ	600
М. Л. Застрижна ВИВЧЕННЯ АНТИЕКСУДАТИВНОЇ ДІЇ ЕКСТРАКТУ ТРАВИ SARONARIA OFFICINALIS L ЗА УМОВ ЗИМОЗАНОВОГО НАБРЯКУ.....	600
О.А. Камінська РЕГІОНАЛЬНА ЧУТЛИВІСТЬ ДО ПИЛКУ ARTEMISIA VULGARIS В УКРАЇНІ	602
Р.Ф. Карімулін. ВИБІР НАЙБІЛЬШ ДІЄВОЇ КОМБІНАЦІЇ ЦЕРЕБРОПРОТЕКТОРІВ У ЩУРІВ ПРИ ГОСТРІЙ ЦЕРЕБРАЛЬНІЙ ІШЕМІЇ ЗА ПОКАЗНИКОМ ЛЕТАЛЬНОСТІ	603
В. В. Кельман РАННІ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ В ЖІНОК З ЧИСЛА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	603

К.О. Коваленко, О.А. Вишневецька ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ПРОЯВИ LONG-COVID-19 ІНФЕКЦІЇ. ПІДСУМКИ ТРЕТЬОГО РОКУ ПАНДЕМІЇ	604
В.А. Коваль ЗНАЧЕННЯ ФОСФОЛІПІДІВ КОНДЕНСАТУ ПОВІТРЯ, ЩО ВИДИХАЄТЬСЯ, ПРИ ПРОГНОЗУВАННІ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ	605
Н.М. Кондратюк ВИЗНАЧЕННЯ БАЗАЛЬНОЇ СЕКРЕЦІЇ ХЛОРИСТОВОДНЕВОЇ КИСЛОТИ ЯК ПРОГНОСТИЧНОГО МАРКЕРУ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОНОВОЇ ПОМПИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕРАДИКАЦІЇ HELICOBACTER PYLORI У ХВОРИХ НА КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	606
М.А. Коросташова ОСОБЛИВОСТІ ДЕФОРМУЮЧОГО АРТРОЗУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ НА ЕТАПІ ГОРМОНАЛЬНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ	607
І.В. Кошурба, М.О. Чиж, Ф.В. Гладких ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ НА МОДЕЛІ ПАРАЦЕТАМОЛ-ІНДУКОВАНОГО ГЕПАТИТУ	608
В.М. Кравченко ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ НАНОМОДИФІКОВАНИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ТКАНИН	609
О.В. Кузь ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ АСОЦІЙОВАНА З ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ...	610
Т.А. Кученко ПОСІДНАНИЙ ВПЛИВ ГРИБКОВИХ І ПИЛКОВИХ АЛЕРГЕНІВ ЯК ДОДАТКОВИЙ ФАКТОР СЕЗОННОЇ АЛЕРГІЇ	611
О.В. Клименюк ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕМПІРИЧНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ СТРУКТУРНОЇ МОДЕЛІ БАЛАНСОВИХ ЗНАЧЕНЬ ВИТРАТ, ЯКОСТІ, ТА КОМФОРТУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ВІД ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИХ ЕЛАСТИЧНОСТЕЙ ПОПИТУ	611
І.М. Климчук ТИПИ СТАТУРИ ЛЮДИНИ, ЯК МАРКЕРИ В ПРАКТИЦІ МЕДИЧНИХ АНТРОПОЛОГІВ.....	612
О.К. Крохмалюк, А.К. Крохмалюк ВЕДЕННЯ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ З ПІДОЗРОЮ НА ЗЛОЯКІСНИЙ ПРОЦЕС.....	613
К. О. Лобурець РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОБОДОВОЇ КИШКИ.....	614
Д. І. Мартиненко КОРОНАРНІ СУДИНИ: АНОМАЛІЇ ЇХ РОЗВИТКУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	615
О.Л. Маховський ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ERAS ПРОТОКОЛУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З КІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	616
В.М. Моцюк ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ШКАЛИ КОНТРОЛЮ НУТРИТИВНОГО СТАНУ SONUT У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ	617
О.О. Паламарчук АНАЛІЗ РІВНЯ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДО АЛЕРГЕННОГО ПИЛКУ ТРАВ ТА ДЕРЕВ.....	618
О.А. Панібратюк ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ТРИВАЛОГО ПРИЙОМУ АНТИКОАГУЛЯНТІВ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	619
О.А. Панкова РОЛЬ КАТЕСТАТИНУ У ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, ПОСІДНАНОЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	619
В.П. Передрій СИНДРОМ ГОСТРОЇ КАЛИТКИ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ХІРУРГА	620

О.О. Помпій, Е.С. Помпій ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ ДО ДЕНТИНУ ЗУБІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ УНІВЕРСАЛЬНОЇ АДГЕЗИВНОЇ СИСТЕМИ.....	621
Ю.А.Пунько КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕАТОРАГІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	622
І.Ю. Пшенична ДОСЛІДЖЕННЯ СПІВВІДНОШЕННЯ РІЗНИХ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВИМІРУ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ.....	623
Я.В. Резнік РІВНІ ЧУТЛИВОСТІ ДО ГРИБКОВИХ АЛЕРГЕНІВ У НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ПРОФІЛАКТИКА АЛЕРГІЇ, ВИКЛИКАНОЇ СПОРАМИ ГРИБІВ	624
Семененко К.М. НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВИХ НА ТЛІ ПОШИРЕНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА	625
М.В. Свіргун АНАЛІЗ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ (ПОКД) У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ	626
О.З. Скакун РІВНІ РОЗЧИННИХ РЕЦЕПТОРІВ IL-2 У ПАЦІЄНТІВ З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ COVID-19 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	626
А.В. Соломончук, Д.В. Діденко, А.В. Бронюк ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК	627
О.О. Стецун РОЛЬ СЕКРЕТОРНОГО ІНГІБІТОРА ПРОТЕАЗИ ЛЕЙКОЦИТІВ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ.....	628
В. Р. Тагеев КЛАСИФІКАЦІЇ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ ТА ЇХ НЕДОЛІКИ.....	629
Л.А. Тереховська ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДОРΟΣЛИХ.....	630
А.П.Тимошук, А.С.Кушнір, А.В.Юрець ГАНГРЕНОЗНА ПОДЕРМІЯ ЯК ПОЗАКИШКОВИЙ ПРОЯВ ХВОРОБИ КРОНА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	631
Т.В. Тисевич СИНДРОМ БАГАТОЗАДАЧНОСТІ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ.....	632
М.В. Шилівська , Д.В. Гаврилюк ВАЖЛИВІСТЬ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ ЯК СКЛАДОВОЇ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	633
М. І. Шулякова ВПЛИВ ПСИХОЕДУКАЦІЇ НА РІВЕНЬ ДЕПРЕСІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	634
М.В. Яснюк ЧУТЛИВІСТЬ ДО ГРУПИ АЛЕРГЕНІВ PR-10 В УКРАЇНСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ	635
Яковенко О.С ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДРЕНУЮЧОГО СЕТОНУ ПРИ ЛІКУВАННІ АНОРЕКТАЛЬНИХ НОРИЦЬ	636