

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

МАТЕРІАЛИ  
45 УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

"АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ,  
КЛІНІЧНОЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ"

20 травня 2009 року

Організаційний комітет конференції

Голова оргкомітету:

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

Заступники голови:

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

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

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

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

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

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

Члени організаційного комітету:

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

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

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

**Шапринський В.В.** - магістрант кафедри загальної хірургії.

Редакційна колегія:

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

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



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

**Заснований:** 17 жовтня 1994 року  
**Засновники:** Вінницький державний медичний  
університет ім. М.І.Пирогова  
**Переєрестрований:** 18 вересня 2003  
**Засновник:** Вінницький національний медичний  
університет ім. М.І.Пирогова

**Founded:** October 17, 1994  
**Founder:** Vinnytsia State N.I.Pyrogov Memorial  
Medical University  
**Refounded:** September, 2003  
**Founder:** Vinnytsia National N.I.Pyrogov Memorial  
Medical University

## Головний редактор

Мороз В.М.

## Перший заступник головного редактора

Петрушенко В.В.

## Заступник головного редактора

Гумінський Ю.Й.

## Відповідальний секретар

Клімас Л.А.

## Технічний секретар

Лісовий М.І.

## Редакційна колегія

Григоренко П.П.

Гунас І.В.

Палій Г.К.

Пентюк О.О.

Погорілий В.В.

Процек О.Г.

Пшук Н.Г.

Серкова В.К.

Степанюк Г.І.

Хаїмзон І.І.

Шувалов С.М.

## Editor-in-Chief

Moroz V.M.

## First Editor Assistant

Petrushenko V.V.

## Editor Assistant

Guminsky Yu.I.

## Secretary-in-Chief

Klimas L.A.

## Technical secretary

Lisovyi M.I.

## Editorial Board

Grygorenko P.P.

Gunas I.V.

Paliy G.K.

Pentyuk O.O.

Pogorilyi V.V.

Protsek O.G.

Pshuk N.G.

Serkova V.K.

Stepanyuk G.I.

Khaimzon I.I.

Shuvalov S.M.

## Редакційна рада

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

## Editorial Council

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

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

Періодичність видання 2 рази на рік

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

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

Appears twice a year

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



ного госпіталю інвалідів Великої Вітчизняної війни. Усі хворі були обстежені за допомогою протоколу з анамнестичними даними, лабораторно - інструментальними методами, які використовують для діагностики порушень нервової та серцево-судинної системи.

Було виявлено, що з віком відбувається збільшення кількості осіб із змінами КД та поглиблення ступеня цих порушень. Так, лише 2% осіб не мали когнітивних порушень (28-30 балів за MMSE), у 78% були ознаки синдрому легких когнітивних порушень (24-27 балів), 20% мали ознаки деменції легкого ступеня (20-23 бали). Основними скаргами пацієнтів при поступленні в стаціонар були: головний біль (переважно в потиличній ділянці) - 100%, запаморочення - 88%, похитування при ходьбі - 85%, біль в різних відділах хребта - 83%, зниження пам'яті - 79%, шум, дзвін у голові, зниження слуху - 75%, загальна слабкість, дратівливість - 70%, порушення сну - 52%, втрата свідомості без судом (синкопальні стани, дроп-атаки) - 15%.

Аналіз призначеної лікарями відділення фармакотерапії відповідав переважно головному проявам скарг та діагностичних синдромів (вестибуло-атактичного та психопатологічного). Препарати, що переважали в схемах лікування: пірацетам (10 мл 20% розчину) - 100%, бетастінін (32 мг/добу) - 80%, нейровітан - 45%, кавінтон (30 мг/добу) - 35%, L-лізину есцинат (5 мл 0,1% розчину) - 30%. Очевидно, що цілеспрямованої корекції когнітивних функцій відповідно індивідуальності хворого не спостерігалось. В призначенні препаратів переважають групи рацетамів та церебральних вазодилататорів. Відсутні такі важливі напрямки лікування, як нейропептиди, глутаматергічні та ацетилхолінергічні засоби. Вирішальну роль відіграє подальша підтримка когнітивних функцій у таких пацієнтів після виписки із стаціонару, тому що від прихильності хворого до лікування та його дотримання рекомендацій лікаря залежить ефективність терапії взагалі.

У всіх осіб похилого та старечого віку діагностовано ішемічну хворобу серця. Ступінь важкості патології зростає з віком. Якщо у осіб віком 60-65 років діагностовано 1-2 захворювання, то у пацієнтів 70-75 років - 3-4 нозологічних діагнози. Глибина порушень КД корелює з освітою та культурно-соціальним рівнем хворих, сімейним станом (у самотніх пацієнтів ступінь порушень більший). Лише 26% пацієнтів з вищою або середньою освітою мали ознаки деменції, тоді як в осіб без такої освіти порушення КД зустрічались у 78% випадків. У 32% жінок виявлено обтяжений спадковий анамнез по лінії матері.

Висновок: 1. Із віком зростає кількість захворювань серцево-судинної системи, на фоні яких прогресують когнітивні порушення. 2. У пацієнтів геронтологічного профілю існує зв'язок між патологічними змінами організму та порушеннями вищої психічної діяльності, тому при лікуванні таких хворих необхідно більше звертати увагу на особливості когнітивної діяльності у них.

**УДК: 572.511.4:613.956**

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОСТОВИХ ПРОЦЕСІВ ПІДЛІТКІВ**

**Мазченко В.Ф., Шевченко В.М.**

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

Вивчалась вікова динаміка антропометричних ознак у підлітків. Досліджено 1000 школярів підліткового віку м.Вінниця віком 12-16 років (по 100 хлопчиків та дівчаток кожного віку), а також 100 юнаків та 100 дівчат віком 17-21 років (студентів 1 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова) для порівняння ознак, що вивчались у підлітків.

Програма антропометричного дослідження включала визначення 56 параметрів: поздовжніх розмірів, обхватів, діаметрів і шкірно-жирових складок за методикою Бунака В.В. (1947) в модифікації Шапаренка П.П. (2000).

В процесі дослідження визначені вікові особливості фізичного розвитку підлітків. В цілому, цей розвиток найбільш оптимально характеризують базові розміри тіла - його маса і довжина. Максимальний приріст обох показників у підлітків нашого регіону спостерігається у хлопчиків в періоді з 14 до 15 років, у дівчаток - з 13 до 14 років. За даними масо-об'ємного індексу у хлопчиків і дівчаток підліткового віку, порівняно з його розміром у юнаків та дівчат 17-21 років, спостерігається дефіцит маси тіла, який складає, відповідно, 8,0 та 5,2%. Цей дефіцит зникає в процесі вікового розвитку підлітків внаслідок прискорення накопичення маси тіла в процесі статевого дозрівання.

Різноманітність форм соматичної статури обумовлює індивідуальні, вікові і статеві відмінності компонентного складу маси тіла. М'язовий компонент протягом підліткового періоду розвитку у хлопчиків і дівчаток зростає, відповідно, на  $17,9 \pm 0,4$  та  $7,6 \pm 0,1$  кг. Кістковий компонент маси тіла у хлопчиків протягом підліткового періоду достовірно збільшується на  $5,4 \pm 0,1$  кг, а у дівчаток - недостовірно. У дівчаток підліткового віку жировий компонент маси тіла зростає на  $5,2 \pm 0,1$  кг, а у хлопчиків збільшується недостовірно.

В підлітковому віці з антропометричних параметрів в першу чергу збільшуються поздовжні розміри, пізніше - поперечні, а на останніх етапах підліткового періоду - обхватні розміри та шкірно-жирові складки. Тому в періодах найбільшої активності ростових процесів соматична статура підлітків за даними плечо-ростового індексу



характеризується схильністю до лептосомності, про що говорить зниження цього індексу у хлопчиків і дівчаток під час найбільш активного росту. В цих періодах у хлопчиків, і у дівчаток спостерігається збільшення варіювання значень цього індексу.

Порівняно з розмірами юнацького віку відносний ріст різних частин тіла значно відрізняється. За абсолютними значеннями найбільше подібні до цих розмірів параметри голови. По відношенню до довжини тіла у порівнянні з юнацьким віком на початку підліткового періоду у хлопчиків та дівчаток розміри мозкового черепа більші на 11-13%, а лицевого - на 7-10%.

Для характеристики розмірів і форми мозкового і лицевого відділів голови викорисовуються лицевий і головний показники. Головний показник, який характеризує відношення ширини голови до її довжини, у хлопчиків і дівчаток підліткового віку знаходиться у межах значень, які відповідають брахікефалії (відповідно, 84,0-84,5 та 84,3-86,3). Лицевий показник, який відображає відношення ширини обличчя до його довжини у хлопчиків знаходиться в межах мезопрозопії (85,0-87,1), у дівчаток - лептопрозоії (87,1-88,2).

На початку підліткового періоду шия у хлопчиків і дівчаток віносно юнацького віку менша за довжиною, відповідно, на 2,5 та 4,1%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно  $6,7 \pm 0,2$  та  $7,1 \pm 0,1$  см, а в 16 років -  $8,0 \pm 0,2$  та  $7,7 \pm 0,1$  см. Обхват шиї в 12 років і у хлопчиків і у дівчаток порівняно з юнацькими показниками має тенденцію до відносного зменшення. На початку підліткового періоду шия у хлопчиків і дівчаток віносно розмірів у юнацькому віці менша в обхваті, відповідно, на 1,4 та 2,9%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно  $32,8 \pm 0,3$  та  $32,4 \pm 0,3$  см, а в 16 років -  $38,2 \pm 0,2$  та  $35,1 \pm 0,2$  см. В періодах найбільш активного росту шиї в довжину спостерігається її відносне зменшення в обхваті.

Відносне значення показника довжини тулуба протягом підліткового віку у хлопчиків і дівчаток менше, ніж в юнацькому віці. На початку підліткового періоду тулуб у хлопчиків і дівчаток віносно розмірів у юнацькому віці менший за довжиною, відповідно, на 2,9 та 2,3%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно  $42,6 \pm 0,3$  та  $44,0 \pm 0,3$  см, а в 16 років -  $50,3 \pm 0,3$  та  $47,4 \pm 0,3$  см.

Протягом підліткового віку тулуб у підлітків обох статей в поперечному напрямку збільшується більш інтенсивно, ніж в сагітальному. Відношення поперечного розміру грудної клітки до її сагітального розміру у хлопчиків і дівчаток в 12 років складає, відповідно  $75,0 \pm 0,7$  та  $73,3 \pm 1,2$ , а в 16 років -  $70,9 \pm 1,2$  та  $71,1 \pm 1,0$  см. Найбільш інтенсивно "сплощення тулуба" відбувається в періоди найбільшої активності ростових процесів (у хлопчиків в 13-14 років, у дівчаток - в 12-13 років).

На початкових етапах підліткового періоду з усіх сегментів верхньої і нижньої кінцівки переважає ріст розмірів дистальних сегментів (кисть, стопа) та сегментів поясів (лопатка, таз) за довжиною. Першочергове збільшення частин кінцівок, які безпосередньо контактують з зовнішнім середовищем, або сполучають вільну кінцівку з тулубом в періоди активного росту мають біомеханічну доцільність для забезпечення оптимальності рухової активності.

Слід відзначити, що діаметри епіфізів кісток стегна і гомілки на початку підліткового періоду збільшуються більш інтенсивно, ніж їх поздовжні розміри. Так, в 12 років ширина дистального епіфізу стегна у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно  $9,2 \pm 0,1$  та  $8,9 \pm 0,1$  см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 87,6 та 94,7%. Ширина дистального епіфізу гомілки у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно  $6,4 \pm 0,1$  та  $6,3 \pm 0,1$  см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 89,6 та 97,2%. Довжина гомілки, в свою чергу, у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно  $33,8 \pm 0,2$  та  $34,9 \pm 0,2$  см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 85,6 та 93,5%.

УДК: 577.73:616-0727:618.172:613.956

## ВІКОВА ДИНАМІКА ДЕЯКИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ І СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ

Мазченко В.Ф., Шевченко В.М.

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Вивчались показники фізичної працездатності, м'язової сили та життєвої ємності легенів у хлопчиків і дівчаток підліткового віку. Визначався також статевий розвиток підлітків.

Досліджено 1000 школярів підліткового віку м. Вінниці (по 100 хлопчиків та дівчаток кожного віку), а також 100 юнаків та 100 дівчат віком 17-21 років (студентів 1 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова) для порівняння ознак, що вивчались у підлітків.

Фізична працездатність підлітків вивчалась за допомогою індексу Руф'є, який визначається за допомогою формули, що враховує частоту серцевих скорочень у спокої, а також за перші та останні 15 секунд першої хвилини відновлення. Значення індексу Руф'є позначається кількістю умовних балів, існує шкала для оцінки рівня



фізичної працездатності. Для вивчення вікової динаміки життєвої ємності легенів враховувались дані спірометрії. При дослідженні м'язової сили використовувались результати кистьової динамометрії на правій та лівій руці.

Статевий розвиток підлітків оцінювався за ступенем розвитку вторинних статевих ознак. Статевий розвиток у хлопчиків визначався показниками розвитку волосся на лобку (P0-P4), в пахвовій ділянці (Ax0-Ax3). У дівчаток, крім розвитку волоссяного покриву на лобку та у пахвовій ділянці враховувався розвиток молочних залоз (Ma0-Ma4) і з'ясовувалась наявність або відсутність менструацій (Me+, Me-), вік, в якому наступила перша менструація.

У хлопчиків і дівчаток у вікові періоди, які відповідають етапам початкового підвищення індексу Руф'є і його максимального збільшення переважає підвищення частоти серцевих скорочень за останні 15 секунд першої хвилини відновлення. У вікових групах хлопчиків і дівчаток на етапах зменшення індексу Руф'є порівняно із показниками юнацького віку помітна часткова перевага збільшення частоти серцевих скорочень за перші 15 секунд першої хвилини відновлення. Найбільш високі рівні індексу Руф'є (і, відповідно, найбільш низька фізична працездатність) спостерігаються у хлопчиків у 13 і 14 років (відповідно,  $11,2 \pm 0,2$  та  $10,5 \pm 0,2$ ), а у дівчаток - в 12 і 13 років (відповідно,  $9,9 \pm 0,1$  та  $9,2 \pm 0,2$ ).

Отримані дані обумовлюють необхідність індивідуального підходу у визначенні інтенсивності фізичного навантаження в групах підлітків на уроках фізичної культури, виробничої практики, позакласної роботи тощо. Визначення рівнів фізичної працездатності в групах підлітків буде сприяти підвищенню індивідуалізації в виробці норм фізичного навантаження для окремих підлітків.

В 12 років 16% дівчаток вже мають ступінь розвитку молочної залози в стадії Ma3, нульовий рівень розвитку цієї ознаки спостерігається лише у 11% дівчаток. Розвиток волосся в пахвинній і пахвовій ділянці у стадіях P0 і Ax0 в 12 років спостерігається, відповідно у 74% і 89% дівчаток. У підлітковому періоді розвитку із збільшенням віку рівні розвитку статевих ознак закономірно зміщуються в бік високих балів. Лише 3% дівчаток в 16 років мали нульовий рівень розвитку волосся в пахвовій ділянці. У юнацькому віці 57% дівчаток має ступінь розвитку молочної залози Ma3 (тільки 26% дівчат юнацького віку досягають 4-бального рівня розвитку цієї ознаки), розвиток волосся в пахвині і пахві досягає рівня P3 і Ax3, відповідно, 90% і 82% дівчат. Найбільший приріст числа дівчаток, в яких почалися менопаузи відбувався в інтервалах 12-13 і 13-14 років (відповідно, 39% і 37% дівчаток).

У 12 років кількість хлопчиків із ступенями розвитку волосся в пахвинній ділянці в стадіях P1 і P2, ознаки складає відповідно 16% і 10%. Рівня розвитку волосся в пахві в стадії Ax1 в 12 років досягають 10% хлопчиків. На початку підліткового періоду (в 13 років) в стадії розвитку волосся в пахвині P0 знаходяться лише 43% хлопчиків, а в стадії P1 і P2, відповідно, 35% і 17% підлітків. У цей час ступеня розвитку волосся в пахвовій западині в стадіях Ax1 і Ax2 досягає дещо менша кількість хлопчиків (відповідно, 16% і 5%). У подальші вікові періоди кількість хлопчиків з високими балами ознак статевого дозрівання збільшується. У 16 років переважна кількість хлопчиків має ступінь росту волосся в пахвині P3 (53%) і тільки 27% 16-річних хлопчиків має чотирьохбальний рівень розвитку цієї ознаки. Лише 57% хлопчиків в цей час досягли ступеня розвитку волосся в пахвовій западині Ax3, на рівнях Ax1 і Ax2 залишилось відповідно 15% і 26% хлопчиків.

В 12 років значення показника життєвої ємності легенів у хлопчиків дорівнює  $2,80 \pm 0,03$  л, а у дівчаток  $2,70 \pm 0,03$  л. У подальші вікові періоди відбувається збільшення показників життєвої ємності легенів, максимальний приріст якої спостерігається в періодах з 14 до 15 років у хлопчиків (0,7 л) і з 13 до 14 років у дівчаток (0,5 л). В юнацькому віці показник життєвої ємності легенів у юнаків та дівчат складає, відповідно,  $4,30 \pm 0,05$  і  $3,80 \pm 0,05$  л.

У хлопчиків найбільш активне підвищення показника динамометрії правої і лівої кисті відбувається в періоді з 14 до 15 років - відповідно, на 5,6-5,8 кг і 5,3-5,5 кг. У дівчаток максимальний приріст показників сили правої і лівої кисті спостерігається в періоді з 13 до 14 років, цей приріст складає, відповідно, 3,3-3,5 кг і 2,8-3,0 кг, з кожним віком сила стиснення кисті у хлопчиків і дівчаток зростає.

УДК: 616.8-009.7:616.716

## БОЛЬОВА ЧУТЛИВІСТЬ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Малаховська А.О.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

По визначенню експертів Міжнародної асоціації по вивченню болю (IASP) біль - це неприємне відчуття і емоційне переживання, яке пов'язане з реальним чи потенційним пошкодженням тканин. Сильне емоційне напруження, яке виникає у пацієнтів перед чи під час лікування є однією з причин зниження ефективності знеболення, якості лікування і виникнення невідкладних станів.

Вивчення больової чутливості тканин щелепно-лицевої ділянки показало, що вона має значну різницю. Найбільш низький поріг больової чутливості (ПБЧ) мають тверді тканини зубів, що свідчить про їх високу чутливість. Самі



## ЗМІСТ

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

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



Зайков С.В., Дудник А.Б. Роль інгляційної терапії в покращенні якості життя хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання з бронхообструктивним синдромом .....	263
Зализюк А.А., Звенігородська А.Ю. Клінічні аспекти перинатальних герпес-вірусних інфекцій у дітей першого року життя .....	264
Звенігородська А.Ю., Зализюк А.А. Тиреоїдний статус дітей першого року життя, народжених недоношеними .....	265
Іванова А.С., Сторожук М.С., Процепко О.О., Олійник Н.В., Орилецька О.М. Аналіз випадків респіраторного дистрес-синдрому за матеріалами Вінницького району .....	265
Іванова Н.В. Студентський рух 1941-1942 рр. у Вінниці у висвітленні часопису "Вінницькі вісті" .....	266
Іващук Т.В., Зелена Т.Г. Сифілітичний кератит .....	267
Ігнащук О.В. Особливості морфологічних змін слизової оболонки стравоходу при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі .....	268
Карпенко І.А. Основні тенденції у роботі сучасних медичних представників .....	268
Карпова О.П. Види фармакоеконімічного аналізу .....	269
Кислова Ю.О. Ефективність раннього відновного лікування недоношених дітей з гіпоксичним ураженням центральної нервової системи .....	270
Клекот О.О. Антагоністи рецепторів ендотеліну: потенційний шлях фармакотерапії легеневої артеріальної гіпертензії .....	271
Коваленко І.М. Вплив несприятливих умов на протимікробні властивості декаметоксину .....	272
Ковальчук Т.С., Кривов'яз О.В., Томашевська Ю.О. Розробка оптимальної технології виготовлення екстемпорального фітолінімента .....	273
Коновалов С.В., Шетманюк Г.В. Вплив симпатичної нервової системи на адаптацію серцево-судинної системи до фізичного навантаження у юнаків та дівчат .....	273
Кордон Ю.В. Мікробіологічна оцінка протимікробних властивостей антисептичних препаратів .....	274
Кособуцька І.А. Ендосклеротерапія кіст підшлункової залози .....	274
Кравець Р.А. Динаміка показників опитувальника якості життя SF-36 у хворих із порушеннями ритму серця при дорсопатіях і остеопорозі хребта після проведення вертебрологічного лікування .....	275
Лисунець О.В. Діагностичне значення особливостей центральної та периферичної температури тіла у дітей з малою масою (ММН) тіла при народженні .....	276
Мазорчук Б.Ф., Мартинишин О.Б., Дністрянська А.П. Порушення оваріо-менструального циклу та оцінка стану репродуктивної функції у жінок фертильного віку із наявністю цукрового діабету I типу .....	277
Каблукова Е.К., Мазулов А.В. Причини недостаточного контролю течення бронхіальної астми у дітей ...	278
Кобринчук Ю.Л. Порівняльна оцінка інсулінорезистентності у хворих з ішемічною хворобою серця в поєднанні з цукровим діабетом і без нього .....	278
Коробчинська Н.В., Мазорчук Б.Ф. Роль запальних захворювань у розвитку анемії у вагітних .....	279
Креготень О.М. Прогнозування чинників впливу на здоров'я студентів вищих навчальних закладів .....	280
Литвинова Л.І. Епідеміологічні особливості крупу у дітей .....	281
Лутковський Р.А., Хуторянський М.О. Експериментальне обґрунтування ефективності використання модифікованих поліпропіленових ниток для формування міжкишкових сполучень .....	281
Мазур Ю.В. Когнітивні порушення при ІХС на фоні її базисної фармакотерапії в геріатрії .....	282
Мазченко В.Ф., Шевченко В.М. Вікові особливості ростових процесів підлітків .....	283
Мазченко В.Ф., Шевченко В.М. Вікова динаміка деяких функціональних показників і статевого розвитку підлітків .....	284
Малаховська А.О. Больова чутливість тканин щелепно-лицевої ділянки .....	285
Мішина Л.Г., Сичук М.Ю., Іванюк О.М., Галуша М.А. Розробка методик фармацевтичного аналізу офтальмологічної суспензії "Офтасил С" .....	286
Мосьондз В.В. Обґрунтування методів дренивання при параколіті у хворих на гострий некротичний панкреатит .....	287
Мрих Н.М. Морфометричні показники структурної перебудови серця при експериментальному атеросклерозі та його корекції .....	288
Мруг О.Ф. Особливості психологічного розвитку дітей дошкільного віку з органічним ураженням центральної нервової системи .....	289
Нагайчук В.В. Методика ранньої некретомії в лікуванні дермальних опіків голови та шиї .....	290
Назарчук О.А. Вивчення протимікробних властивостей шовних і перев'язувальних матеріалів, імпрегнованих антисептиками .....	290
Овчарук М.В. Бронхіальна астма в світлі фармакоеконімічних досліджень .....	291
Олійник І.В. Організаційні підходи до надання медичної допомоги хворим із гострими порушеннями мозкового кровообігу у Вінницькій області .....	291



© Вісник Вінницького національного медичного університету  
Рецензуємий журнал

Технічний редактор В.Р. Чехова  
Художній редактор Л.О. Клопотівська  
Технічний редактор О.П. Віштак

---

Здано до набору 17.04.2009 р. Підписано до друку 04.05.2009 р. Формат 84x120 1/16.  
Друк офсетний. Замовлення № 403. Тираж 600

---

Вінниця. Друкарня ВНМУ, Пирогова, 56