

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

МАТЕРІАЛИ
XIV Міжнародної наукової конференції
студентів та молодих вчених
«Перший крок в науку—2017»

26–28 квітня 2017 року
м. Вінниця, Україна

УДК: 005.745:001"2017"

Друкується відповідно до рішення Вченої Ради Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Головний редактор – академік Національної академії медичних наук України,
проф. В.М. Мороз

Заступник головного редактора – проф. О.В. Власенко
проф. Н.І. Волощук

Відповідальні секретарі – Т.В. Секрет,
Н.А. Вербя

Члени редакційної колегії: Т.Ю. Повшедна, О.О. Токарчук, О.О. Білик,
В.Ю. Дорожинська, Ю.О. Василець, Ю.В. Гуцуляк
К.С. Волков, О.С. Лемешов, А.М. Паньків, Л.А. Тереховська Т.М. Шандро, А.В. Ваколюк,
М.М. Гурін, В.О. Пашинський, А.П. Гунько, Т.Л. Домбровська

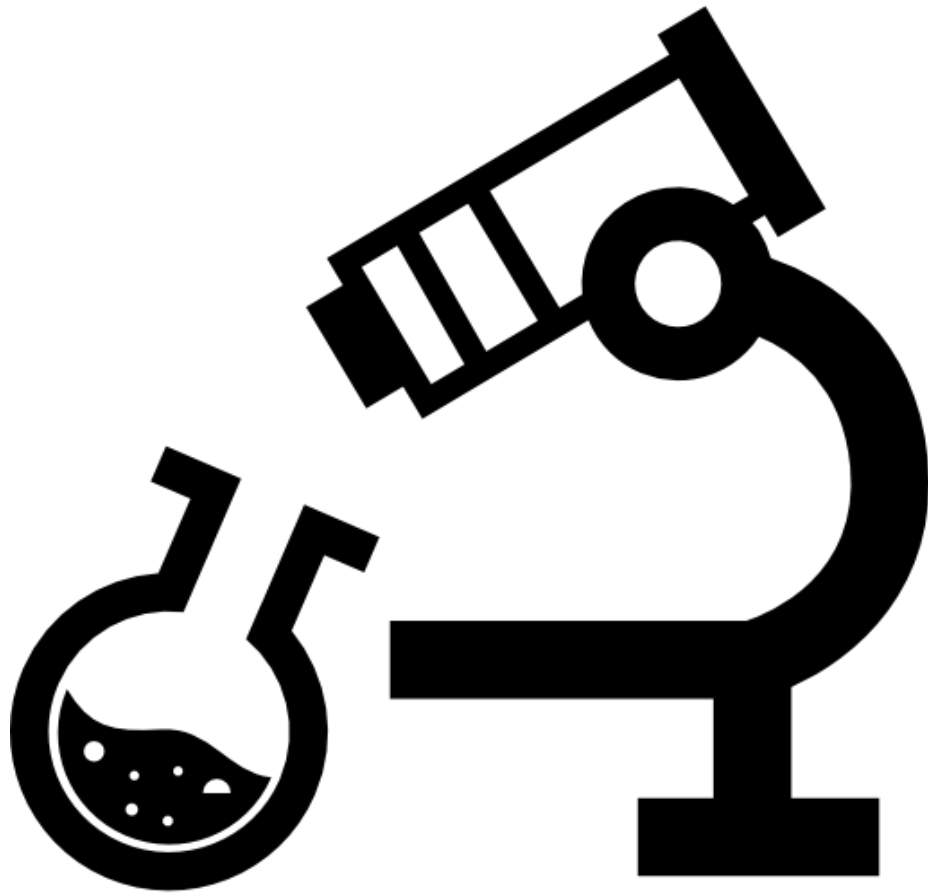
У збірнику розміщені матеріали XIII Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Перший крок в науку – 2017»

За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори

Підписано до друку 18.04.2017
Формат 64x90/8. Папір офсетний.
Друк різнографічний. Гарнітура Times New Roman.
Умов. друк. арк. 73,0. Обл.-вид. арк. 67,89.
Наклад 170 прим. Зам. № 2327/1.

Віддруковано з оригіналів замовника.
ФОП Корзун Д.Ю.
21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 21.
Тел.: (0432) 603-000, 69-67-69.

МОРФОЛОГІЯ



MORPHOLOGY

Ashakayf Awmussa, Nweke Millicent, Radebe Tshepiso and Suleiman Baba Nafisa

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

Department of Pathophysiology

N.A. Rykalo (prof., P.h.D.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: HIV/AIDS is a disease that has already killed millions of people worldwide. There is no cure for this disease. Everyone can get it if they do not know how to protect themselves. Therefore it is important to know the basic facts about HIV/AIDS.

Aim: To describe the cause-effective relations in pathogenesis of HIV/AIDS

Results: HIV infection is caused by the human immunodeficiency virus. You can get HIV from contact with infected blood, semen, breast milk, or vaginal fluids. Current opinion on HIV/AIDS pathogenesis divides the clinical course of HIV infection into a latent phase, in which the virus is silent, and the progressive phase, in which HIV replication is induced and a rapid loss of CD4+ T cells occurs. In this article, we propose an alternate, more dynamic model of AIDS pathogenesis in which (1) the immune system can initially suppress virulent HIV variants, maintain an asymptomatic state; (2) persistent low-grade HIV infection induces an increased CD4+ T cell turnover, resulting in a selective depletion of memory T cells in asymptomatic individuals; (3) a critical loss of immune reactivity is eventually reached, at which the emergence and overt replication of high-virulent HIV variants induces depletion of CD4+ T cells and development of disease.

Conclusion: The human immunodeficiency virus seeks and destroys CD4+ T cells which are critical to the immune system. As the virus replicates, it damages or destroys the infected CD4+ T cell and produces more virus to infect more CD4+ T cells. Without treatment, this cycle continues in most infected people until the immune system is badly compromised, leaving them open to many serious infections and illnesses. This model for HIV/AIDS pathogenesis anticipates a crucial role for suppression of virulent HIV variants by the immune system in order to maintain the asymptomatic status and may provide a rationale for early therapeutic intervention in HIV infection.

Atikpo Joy, Nweke Pamela, Ojile Theresa

MODERN CONCEPT ABOUT PATHOGENESIS OF GLOMERULONEPHRITIS

Department of Pathophysiology.

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: By United States statistics GN represents 10-15% of glomerular diseases. GN comprises 25-30% of all cases of end-stage renal disease (ESRD). Asymptomatic episodes of PSGN exceeds symptomatic episodes by ratio 3-4:1.

Aim: In this article we propose a modern means by which GN causes has progressed, a current opinion on its pathogenesis and its awareness.

Materials and methods: Glomerulonephritis (GN) is a term used to refer to several kidney diseases, it is an inflammation of the glomerulus, which is the unit involved in filtration in the kidney. They are categorized into several different pathological patterns, which are broadly grouped into non-proliferative or proliferative types. The non-proliferative type is characterized by forms of GN in which the number of cells is not changed, causes may include: Focal segmental glomerulosclerosis, Minimal change disease characterized cause by of nephrotic syndrome, thin basement membrane disease which is an autosomal dominant inherited disease and Membranous GN may cause either present itself as nephrotic or a nephritic picture. The proliferative type is characterized by an increased number of cells in the glomerulus. These forms usually present with a triad of blood in the urine, decreased urine production, and hypertension, the nephritic syndrome. The causes may include: Post-infectious GN, Membrano-proliferative GN, IgA nephropathy and Rapidly progressive GN.

Results: Diagnosing the pattern of GN is important because the outcome and treatment differs in different types. Primary causes are intrinsic to the kidney. Secondary causes are associated with certain infections (bacterial, viral or parasitic pathogens), drugs, systemic disorders, or diabetes. Signs and symptoms includes mainly: nephrotic syndrome which is characterized by the finding of edema in a person with increased protein in the urine and decreased protein in the blood, with increased fat in the blood, or nephritic syndrome which is characterized by blood in the urines. Diagnosis includes: Urine examination, blood tests investigating the cause, including, Full Blood Count(FBC), inflammatory markers and special tests including (Anti-streptolysin O (ASLO), Anti-neutrophil cytoplasmic antibody (ANCA), Anti-GBM, Complement levels, Antinuclear antibodies, biopsy of the kidney.

Conclusion: GN is not curable, but early and adequate treatment can help reverse kidney damage, stop the disease progression and to prevent complications from occurring. Some of the treatments include administration of angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor drugs to control hypertension, use of glucocorticoids for immunosuppression and many others which would be discussed later on.

I.I. Bucun
THE SUBJECTIVE PERCEPTION OF SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS AT THE STUDENTS, WHO ARE USING MOBILE PHONES

Tafuni Ovidiu (MD, PhD, assis.prof.),
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu",
Chişinău, Republic of Moldova.

Actuality: Mobile phones have become very commonly used throughout the world within a short period of time. They are usually held close to the ear and to the head, may be potential for harm, it is necessary to study effects on the health.

The aim of the work: Evaluation of the subjective perception of somatic and psychological disorders at the students, who are using mobile phones and the factors which influence their appearance.

Materials and methods: For the determination of subjective perceptions on the health at mobile phone users was used questioning method. Questionnaire includes 42 questions about how much time they spend on phone conversations and their opinion about the subjective perception of somatic and psychological disorders.

At the questionnaire was responding 200 students (100 students from the first year and from the last year also 100) of the State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu".

Results: The median age of the study population was 22 (18-26) years, and 61% of the participants were female. Based on the survey, 86% answered that they use mobile phone > 90 minutes on average per day in the first year of study and from these, memory disorders were observed in 4.65% of cases. From the last year 80% use mobile phone > 90 minutes on average per day, of which 16.25% would have memory impairment. The research was found that 75% of respondents making and receiving > 10 to 20 calls a day since first year of study and from these, sleep disorders were observed at 22.66%. Since last year performed 87% > 10 to 20 calls a day on average, of which 27.58% have sleep disorders. The study showed that 70% of first year students offers > 2 hours/day for phones conversations and 24.28% of them would reply that this could influence the worsening hearing. If we compare with 6-th year, then 86% are speaking > 120 minutes and 47.67% of them have ticked that could cause hearing loss because of this. Our study identifies major research directions in dependence with mobile phones, contributes to a better understanding of the phenomenon of somatic and psychological disorders due to mobile phone using by students and provides information on the characteristics of persons, who may become highly dependent on their phone.

Conclusion: The results of the study demonstrate that using mobile phones for phone calls more than 2 hours/day can lead to poorer hearing. Just use mobile phones more than 90 minutes a day could cause memory impairment. Making 10 to 20 calls per day can cause sleep disorders, multiple calls in a way affects peaceful sleep of the people. Other effects include depression, anxiety, sleep disorders, stress and fatigue.

D. Bereghici
VARIATIONAL ANATOMY OF THE NEUROVASCULAR BUNDLE OF ARM AND ELBOW

Zinovia Zorina (assistant)
Department of Anatomy
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"
Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. The study of anatomic variations represents one of the most important compartment of human anatomy, because it has not only didactic approach, but a significant clinical importance. The importance of the anatomical variants is increasing in recent years due to intensive development of microsurgery, vascular surgery and traumatology. Due to the increasingly frequent use of the radial artery for coronary artery bypass, thus appear the need to know its variants to not cause ischemia of hand. Humeral region and elbow injuries are quite common to both accidental and weapons, thus restoring the integrity of vascular, nerve and other anatomical structures requires a deep knowledge of its variants, the topography and the interrelationships between them.

Objectives. Identification of anatomical variations of the arteries of the arm and the cubital region through morphological methods and their comparison with data from literature.

Materials and methods. The study was performed on 18 upper limbs from Department of anatomy of Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, dissected for vessels and nerves of arm and elbow regions.

Results. Our study showed the same rate of anatomical variants as in other studies of large samples. The variations of the brachial artery in our study is 22% cases from our sample. Some of them is high division of brachial artery, absence of brachial artery, when its main branches originate from 2 common trunks derived from axillar artery. Deep brachial artery has the highest rate of variants, 28 %; it was observed its duplication, diffuse type of branching, and one specimen has deep brachial artery with a muscular branch, which has it diameter comparable with the main trunk of this artery. Ulnar collateral superior and inferior arteries have had a variability of 22%, and respectively 17% from our sample. The main variability of these arteries was their origin, especially in the specimen where brachial artery was absent. Then they originate from ulnar artery.

Conclusions. Arterial variants identified in our study once again demonstrates the importance of studying them further due to their high incidence in general population. Results of our study can serve as theoretical and practical substrate for medical practitioners, particularly those specialists whose field is the arm and elbow area.

V.S Bulyga, N.G. Lebedinets, A.V. Fedotchenko, K.I. Kutashchuk, A.K. Krasnorudska
**INVOLVEMENT OF LATERAL AND MEDIAL RECTUS MUSCLES OF THE EYEBALL IN MOVEMENTS
OF THE EYE AROUND FRONTAL AND SAGITTAL AXES**

Department of Human Anatomy
MD, PhD, Prof. N.G. Lebedinets
Zaporizhzhia State Medical University
Zaporizhzhia, Ukraine

Introduction. The eyeball is moved by mm. rectus superior (RS), rectus inferior (RI), rectus medialis (RM), rectus lateralis (RL), obliquus superior (OS), obliquus inferior (OI). Authors of leading anatomy, physiology and ophthalmology textbooks (Gray's Anatomy, 2004; V. Happe, 2005; B.H. Пономаренко, 1989; E.E. Сомов, 2005; P.Д. Синельников, Я.П. Синельников, О.Я. Синельников, 2013 and oth.) believe that RS, OI (as levatores) and RS, OS (as depressores) act around axis frontalis; RM (as adductor) and RL (as abductor) execute the eyeball motion around axis verticalis; OS, RS (as intorsores) and RI, OI (as extorsores) move the eyeball around axis sagittalis. So, RS, RI, OS, OI have three functions and RM, RL have only one function. Along with that, there is an idea in Gray's Anatomy (2004) that length of all above-mentioned muscles changes during all movements of the eyeball. This statement concurs with hypothesis of N.G. Lebedinets (1969) that each muscle going over respective joint takes part in all movements of this joint, function of muscles depends on their length and relative position of muscles and axes which undergo changes during movements. If this hypothesis is correct, RM and RL take part also in movements around frontal and sagittal axes, because the eyeball can be considered as a caput of spheroid joint.

The aim of the study. To prove the involvement of lateral and medial rectus muscles in movements of the eyeball around frontal and sagittal axes.

Materials and methods of the study. Due to the fact that investigation of RM and RL lengths changes during various eyeball movements in alive person is practically impossible, we have constructed graphical and mechanical models of the eyeball and respective muscles.

Results of the study. During levatio bulbi oculi (LBO) the inferior fibres of RL elongate 0,11%, meanwhile superior fibres of RL contract 0,24% for every 1° of the eyeball dislocation. During depressio bulbi oculi (DBO) one can observe the opposite process. During LBO and DBO intermediate fibres contract 0,05% for every 1° of the eyeball dislocation. Superior fibres of RM during LBO elongate 0,17%, inferior fibres contract 0,28% for every 1° of the eyeball dislocation. During DBO superior fibres of RM contract 0,28%, inferior fibres elongate 0,17% for every 1° of the eyeball dislocation. Length of RM fibres during LBO and DBO reduce 0,07% for every 1° of the eyeball dislocation. During LBO and DBO RM together with RL work as synergists. During rotation of the eyeball around sagittal axis (intorsio and extorsio bulbi oculi) RM length increases 0,13% and RL length reduces 0,1% for every 1° of the eyeball dislocation, i.e. RM and RL work as antagonists. Mechanical model clearly demonstrates the contraction of superior fibres and elongation of inferior fibres of RM and RL as well during LBO and contraction of inferior fibres and elongation of superior fibres of both muscles during DBO.

Conclusion. Thus, RM and RL take part in all eyeball movements. During LBO and DBO they work as synergists. RL is the synergist of OS and OI, meanwhile RM is the antagonist of OS and OI during movements of the eyeball around sagittal axis.

A.M. Bobr

PROBLEMS OF HEART REGENERATION

Department of Histology
O.E.Maievskiy (professor, DM)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: Acute myocardial infarction causing ischemic heart is the main cause of death in the whole world. Apoptosis in the heart is a necessary mechanism for normal remodeling and morphogenesis. It also plays an important role in the onset of heart failure during trauma caused by ischemia/reperfusion and myocardial infarction. Ensuring the survival of heart cells through blocking apoptosis is an important strategy of improving heart functioning.

Stem cells are capable of preventing heavy outcomes of acute and chronic affections in various experimental models and clinical tests. Clinical research confirmed that the implanted MSC participate in the regeneration process of myocardial tissues by differentiating into cardiomyocytes and endothelial cells or through releasing biologically proangiogenic and cardioprotective factors.

Purpose: Install and learn the mechanisms of apoptosis in the human heart and molecular processes on which cells initiate recovery authority to assess the possibility of regeneration of the heart with stem cells and microRNA.

Materials and methods: analysis of published data of Foreign Medical Research was analysed to study the problem

Conclusions: 1. Apoptosis of myocytes is both induced in response to ischemia and during human tissues reperfusion. Mitochondrial signal pathway of apoptosis is realized as a result the increase of mitochondrial outer membrane permeabilization (MOMP). Apoptotic proteins Bcl-2 play an essential role in MOMP increase. They fit into the

mitochondrial outer membrane and get oligomerized. At that the entity of the mitochondrial outer membrane is disturbed. When MOMP rises, soluble proteins, involved in apoptosis, release from the mitochondrial intramembrane space into cytosol: cytochrome c, procaspases -2, -3 and -9; protein AIF. 2. Morphologic changes occurring in the endocardial tissue after the damage initially influence the majority of cells of endocardium ventricle, but remain localized at damage area during regeneration and sustain distinct morphology and profile of genes expression. 3. The molecular mechanism with which help epicardium and endocardium cells initiate heart regeneration and promote cardiomyocytes proliferation is the RA (retinoic acid) production in the damaged heart tissue. 4. The essential role of micro RNA in realizing cardiac regeneration. MicroRNA are tiny endogenous non-coordinating RNK areas functioning as repressors of translation gene. The impacts of microRNA on cardiomyogenesis are remarkable, since the single microRNA can be directed at several signaling pathways simultaneously.

O.A. Filyevich

APPLICATION OF KNOWLEDGE ABOUT THE SOMATIC STEM CELLS' MORPHOLOGY IN UKRAINE

Department of Human Anatomy

V.O. Kovalenko (PhD, associate professor)

Department of Foreign Languages

O.P. Gorpiniuc (sen. lect.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Background: Stem cells (SC) are the phenomenon for humankind and it was evidenced by their recognition with the journal "Science" in 1999. For the research in SC field scientists were awarded two Nobel Prizes in the XXI century (2007 and 2012 years, respectively). However, it's known that today cell therapy in Ukraine is comparatively behind other countries. So now it is important to review and analyze factors that are often considered causing the suspension of Ukrainian medicine, give an objective evaluation of these reasons, and search for a way out this situation, that determines the choice of the theme of our research.

Purpose: To determine the positive and negative aspects of the SC application, study the cell therapy as a promising field of modern medicine. Our aim also was to investigate the factors that influence on its development, determine the level of public confidence in Vinnitsia to Cord blood banks (CBB) and evaluate the opportunities, perspectives and problems of cell therapy in Ukraine.

Methods: Search and systematization of information about the study object, conducting questionnaires, analysis of statistics and cooperation with the regional representative of the Institute of Cell Therapy (ICT) and clinicians.

Results: Stem cells have the remarkable development potential of many different cell types in the body during early life and growth. The ability to obtain the necessary amount of material in the laboratory, increasing cell life expectancy, great differential potential promote intensive cell therapy development. However, we observed the following negative aspects of the use of SC in the treatment as necessity of immunosuppressive therapy, the complexity of coordinating the localization of the cell donor material and high risk of teratocarcinoma. The current trends in the using of SC were summarized in this study. Ukrainian scientists experimentally implemented the treatment of diabetes mellitus type 2, pancreonecrosis, critical lower limb ischemia and liver cirrhosis with SC. It gives hope for further high level of cell therapy in our country. The results of Vinnitsia residents survey particularly patients of VMCMH №1 on the subject of trust in CBB and cell therapy in our country in general were obtained. After analyzing statistics in Vinnitsia region over the past 5 years we have investigated the following factors of slowing the SC therapy progress in Ukraine as historical, legal, economic, ethical and informational.

Conclusion: In this study with questionnaires we found that the main reasons for patients' denial of CBB service was the high price of storage, distrust and lack of public knowledge about the new technology. Therefore, today the events dedicated to the dissemination of information about the SC opportunities are necessary as this awareness has the direct impact on the number of CBB customers, the amount and quality of ICT researches and hence on the level of Ukrainian medicine in general.

Z.A. Melnyk

IDENTIFY THE CAUSES OF BILIARY HYPERTENSION AT DIFFERENT TIMES OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Department of pathophysiology

B.M. Verveha (Candidate of Medical Science, assistant professor)

Lviv National Medical University named after Danylo Galitski

Lviv, Ukraine

Actuality. Majority of the patients with acute biliary pancreatitis (ABP) recover without significant sequelae, but 15-30% have severe episodes requiring multidisciplinary care to ensure the best outcome. The mechanism by which the passage of gallstones induces pancreatitis is unknown. Suggested possible initiating events in ABP include the reflux of bile into the pancreatic duct due to transient obstruction of the ampulla during passage of gallstones.

The aim of the study was to clarify the triggering factors of biliary pancreatitis reflux for ABP.

Materials and Methods. In terms of up to 48 hours from the onset of the disease ultrasonographic, x-ray endoscopic examination and bile microscopy were performed on 23 patients with ABP with pancreatic-biliary syndrome (first group). On 26 patients of the second group with biliary-pancreatic syndrome the study was conducted in the period of more than 48 hours from the onset of the disease.

Results. In the first group during ultrasonographic examination choledocholithiasis was diagnosed in 17.4% of cases, cholangitis – 8.7%. During the X-ray endoscopic examination choledocholithiasis was identified in 82.6% of cases, in 26.3% of which an inserted concrement in the large duodenal papilla was verified. During the microscopic examination of bile microcholelithiasis was diagnosed in 78.3% of patients. Considerable microlithiasis against the background of papillitis (73.9%) was discovered, indicating a direct link between the migration of microlithiasis through the major duodenal papilla and inflammatory changes in papilla. In the second group during ultrasonographic examination choledocholithiasis was diagnosed in 19.2% of cases, cholangitis – 15.4%. During the X-ray endoscopic examination and microscopic examination of bile choledocholithiasis was found in 76.9% of patients, microlithiasis – in 53.8%, papillitis – in 30.8%, cholangitis – in 19.2%, stenosis of papilla – 15.4%, periampullary duodenal diverticula – 11.5%. The increase in the frequency of cholangitis in time of more than 48 hours confirms the important role of infection of the biliary tract in the pathogenesis of the disease.

Conclusions. The conditions enabling the reflux of bile into the pancreatic duct in the early stages of ABP (up to 48 hours of disease) are: in 82.6% of cases – choledocholithiasis, in 73.9% – papillitis. After the first 48 hours of the disease the initiating factors in ductal hypertension is choledocholithiasis (76.9%) and the influx of the infected bile (incidence of cholangitis increases to 19.2%).

О.Я. Авдєєва

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ЛІМФОМИ БЕРКІТТА

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Пилипонова (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Лімфома Беркітта складає до 40% всіх неходжкінських лімфом (НХЛ) у дітей і близько 2% у дорослих. В залежності від епідеміологічних особливостей виділяють три варіанта цього захворювання. Ендемічна лімфома Беркітта зустрічається переважно у дітей в ендемічних районах екваторіальної Африки, де захворюваність становить 5 – 15 випадків на 100 000 населення, з максимумом у віковій категорії від 4 до 7 років і переважанням хлопчиків 2:1. Спорадична лімфома Беркітта зустрічається у всьому світі в різних вікових групах, з частотою 2 - 3 випадка на 1000000 людей, переважно у дітей та молодих дорослих (вікова медіана – 30 років). Лімфома Беркітта, асоційована з імунодефіцитом, складає 35 – 40% у групі імунодефіцитних лімфом, частота виникнення – 6 випадків на 1000 хворих СНІДом. Захворювання характеризується утворенням пухлин з лімфоїдних клітин, які містяться переважно поза кістковим мозком (у лімфатичних вузлах, селезінці, скупченні лімфоїдної тканини в різних органах).

Мета: Дослідження механізму пухлинної трансформації кровотворних клітин на прикладі злоякісної лімфоми Беркітта.

Матеріали та методи: Вивчення матеріалів монографій, наукової літератури, статей у наукових фахових журналах.

Результати: В-клітинні НХЛ – найчастіший варіант НХЛ у дітей. Виокремлюють лімфому Беркітта (ряд авторів називають її беркіттоподібною, тим самим підкреслюючи схожість і різницю з справжньою африканською ендемічною лімфомою Беркітта) – 90% і не-Беркіттовського типу. Гістологічно вони мають незначні відмінності, хоча імунофенотипово вони ідентичні. В основі патогенезу лімфоми другого типу: ДНК-герпесвірус Епштейна - Барра вбудовується в геном В-лімфоцитів, що призводить до гіперекспресії гена bcl-2 (блокатор апоптозу) та іморталізації (безсмертя) інфікованого клону В-клітин, для яких однак ще не є характерною автономність росту, властива злоякісним пухлинам. Хронічне інфікування малярійним плазмодієм зумовлює ослаблення клітинного імунітету і перешкоджає знищенню патологічного клону В-лімфоцитів. Порушення регуляції проліферації (посилення проліферації) В-лімфоцитів при цьому полегшує виникнення в них додаткової мутації. Транслокація ділянки 8-ї хромосоми з протоонкогеном c-myc на 14-ту хромосому біля гена, що кодує синтез важких ланцюгів антитіл (при цьому c-myc гіперекспресується), завершує пухлинну трансформацію В-клітин. Під час цього клон В-лімфоцитів набуває здатності до автономного росту; виникає злоякісна лімфома Беркітта.

Висновки: Таким чином, у 95% випадків під дією ДНК-вмісного герпесвіруса Епштейна-Барра відбувається транслокація сегмента 8-ї хромосоми на 14-ту і розвивається лімфома Беркітта. Гістологічно характерним виявляється присутність в пухлині незрілих клітин (лімфобластів) з типовим розташуванням хроматину в ядрі у вигляді мілких зерен. Це дозволяє диференціювати лімфому Беркітта від лімфосарком.

Л. І. Артюхова
ВПЛИВ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА БІОРИТМИ ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУНІТЕТУ У СТАРИХ ЩУРІВ

Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії
О. І. Захарчук (д. мед. н., професор)

Вищий державний навчальний заклад «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна

Актуальність: Шишкоподібна залоза (епіфіз) у ссавців відіграє важливу роль в синхронізації циркадіанної ендокринної активності. При старінні циркадіанні і сезонні коливання показників життєдіяльності організму поступово згасають, знижується продукція та секреція епіфізом мелатоніну, зменшуються добові коливання рівня мелатоніну в плазмі крові, що призводить до розвитку різноманітних патологічних станів внаслідок підвищення реактивності симпат-адреналової, гіпофізарно-адреналової та серцево-судинної систем. Відновлення ж концентрації мелатоніну суттєво підвищує стійкість до вікових змін.

Мета: Враховуючи, що епіфіз мозку має суттєвий імуностимулюючий вплив та причетний до навколдобової динаміки показників неспецифічної адаптації організму, ми задалися метою, поряд із дослідженням впливу епіфізектомії на показники неспецифічного імунітету, визначити стан імуноструктурного гомеостазу в розрізі добової динаміки та через два тижні після оперативного втручання з приводу видалення шишкоподібного тіла.

Методи: Експериментальні дослідження проведені на трьох групах тварин на третій день після пінеалектомії та через два тижні після оперативного втручання. Контролем слугували інтактні здорові щури та псевдооперовані тварини відповідної лінії, яких брали в дослід з метою виключення впливу на зміну показників чиннику оперативного втручання. Досліджено біоритмологічний профіль показників неспецифічного імунітету після видалення шишкоподібної залози у старих щурів. Вивчали активність сироваткового комплексу, концентрацію сироваткового лізоциму, загальну кількість лейкоцитів, НСТ-тест, мієлопероксидазну активність нейтрофілів, рівень глікогену в нейтрофілах, показники фагоцитозу.

Результати: Виявлена різнонаправленість біоритмологічних змін гуморальних і клітинних показників забезпечує найбільш повноцінне пристосування організму до циклічних змін зовнішнього середовища. Шишкоподібна залоза у ссавців причетна до регуляції циркадіанних ритмів системи неспецифічної імунологічної адаптації організму, спостерігаються певні вікові особливості, які зберігаються до глибокої старості. Регулююча дія пінеальної залози на імуноструктурний гомеостаз здійснюється мелатоніном та іншими біологічно-активними речовинами.

Висновок: Пінеальна залоза виступає в якості своєрідного «адаптогену», який здійснює тонку і неспецифічну регуляцію фізіологічних функцій в залежності від ситуацій, що складаються всередині та поза організмом. Отримані результати припускають прямий вплив шишкоподібної залози на циркадіанні та сезонні ритми показників неспецифічного імунітету у ссавців. Уведення екзогенного мелатоніну нівелює порушення архітекτονіки змінених унаслідок дії процесів старіння хроноритмів.

Ю. О. Архипюк, С. В. Павлюк

ВИВЧЕННЯ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ *HELICOBACTER PYLORI*

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
А.О. Новицький (к.мед.н.)

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

Актуальність. До найбільш актуальних питань сучасної мікробіології належать захворювання, пов'язані із інфікуванням *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Важливість цієї проблеми обумовлена збільшенням частоти рецидивів хелікобактер-залежних захворювань та розвитком важких ускладнень при тривалій персистенції *H. pylori* на слизовій оболонці шлунка, таких як виразкова хвороба і рак шлунка. Поряд із цими проблемами на одне із перших місць висувається і проблема ефективної діагностики цього збудника.

Мета дослідження - вивчити особливості персистування *H. pylori* у патологічно змінених слизових оболонках шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК).

Матеріали та методи. У дослідження увійшло 78 біопатів слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, отримані при гастродуоденоскопії у хворих на гастродуоденіти та виразкову хворобу. Культивування посівів проводили у мікроаерофільних умовах із використанням мікроанаеростатів упродовж 24-120 годин при 37 °С на середовищі Мюллера-Хінтона з 5% овечою кров'ю. Усі *H. pylori*, виділені під час досліджень, мали типові морфологічні, культуральні та біохімічні властивості.

Результати. У монокультурі *H. pylori* виділено у 31,7% випадків, в асоціаціях з іншою мікрофлорою – у 30,2%. У 30,1% пацієнтів виділялась тільки супутня мікрофлора без хелікобактерів.

Гемолітична активність штамів у вигляді зон альфа-гемолізу зафіксована у 36 штамів (46,2%), серед них 17

штамів хелікобактерів у хворих з пептичною виразкою, 1 штамп у пацієнта із загостренням виразкової хвороби без дефекту слизової, 14 штамів у хворих з ерозивним гастродуоденітом, та 4 штами у хворих з неерозивним гастродуоденітом. Частка виділення *H. pylori* та іншої мікрофлори залежала наявності чи відсутності дефектів слизової та від нозології.

Хелікобактери частіше виділяли від хворих з дефектами слизової шлунка чи ДПК. Так, при ерозивному гастродуоденіті штами *H. pylori* були виявлені у 85,3% обстежених, тоді як при неерозивних гастродуоденітах лише в 52,4% ($p < 0,05$). При активній виразці *H. pylori* виділено у 88,9% хворих, що більш ніж у шість разів частіше, ніж при загостреннях хвороби без дефектів слизових, коли хелікобактери виділено у 13,0% пацієнтів ($p < 0,001$). За отриманими результатами не було достовірної різниці між кількістю *H. pylori* в тілі та антральному відділі шлунка.

У всіх групах хворих штами хелікобактерів найчастіше виділяли з біопатів слизових оболонок шлунка у порівнянні з ДПК. Лише в 2-х випадках виділили хелікобактери при наявності виразки цибулини ДПК. Встановлено, що *H. pylori* виявляють в усіх відділах шлунка і ДПК в середній концентрації ($5,79 \pm 1,34$) Ig_{10} КУО/г біоптату без достовірної різниці між відділами гастро-дуоденальної ділянки.

Висновки. Встановлено вірогідну різницю ($p < 0,001$) за частотою виділення хелікобактерів у хворих з ерозіями чи виразками слизової оболонки (86,9%) та без дефектів слизової (38,5%).

Виділення *H. pylori* також залежить від відділу гастродуоденальної ділянки. Частіше хелікобактери культивувались з тіла та антрального відділу шлунка (при захворюваннях з дефектами слизових – на рівні 85,3%, при інших станах – в межах від 18,8% до 58,0%). Гемолітична активність *H. pylori* у 2,4 рази частіше проявлялась при патології з дефектами слизової оболонки, ніж при захворюваннях без її дефекту ($p < 0,001$).

О.Г. Басінських, В.І. Булавенко
ЛЕОНАРДО ДА ВІНЧІ І АНАТОМІЯ

Кафедра анатомії людини
Л.П. Смольський (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Леонардо да Вінчі можна вважати кращим і видатним анатомом не тільки своєї епохи, а й ініціатором досліджень будови тіла людини наступних часів. Крім того, він є першим, хто виявив і показав необхідність і важливість ілюстративного матеріалу для вивчення анатомії. І хоч задуманий всеосяжний трактат по анатомії Леонардо да Вінчі так і не був дописаний до кінця, його роботи з анатомії, які дійшли до нас є, безперечно, своєрідними пам'ятниками анатомічної науки.

Мета: Показати на прикладі життєвого шляху Леонардо Да Вінчі прогресивний розвиток анатомічної науки, оцінивши його внесок в методику анатомічних досліджень і вивчення будови тіла людини.

Матеріали та методи: Використані публікації вчених анатомів та істориків медицини про особливості будови частин тіла людини, окремих органів та методів їх дослідження, які були запропоновані і описані в працях Леонардо да Вінчі.

Результати: Видатний художник середньовіччя Леонардо да Вінчі не уявляв собі заняття малюванням без вивчення анатомії людини. Тільки знаючи особливості будови органів, частин тіла він міг реально відобразити їх на своїх малюнках. Дослідниками виявлено більше 200 анатомічних малюнків Леонардо, які зібрані в 13 томах робочих зошитів – анатомічних рукописів з висловлюваннями геніального художника. Деякі його положення через багато століть підтверджені видатними анатомами і в якості ілюстрацій були опубліковані в медичних підручниках.

Висновки: Леонардо хотів, щоб його ім'я утрималося в історії як ім'я видатного винахідника, механіка і інженера. У підсумку ми пам'ятаємо його і як видатного художника - картини якого відомі повсюдно, - і як видатного анатома. Анатома, далекого від медицини і клініки, але який досяг значного в дослідженні будови тіла людини.

Р.О. Бенцак
ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ПСИХІКИ
Кафедра патологічної фізіології

О.В. Андрощук (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад психіки (ПТСРП) – це комплекс психічних розладів, який виникає як в мирних, так і в бойових умовах як наслідок важкої фізичної травми, душевного потрясіння, насильства, загрози смерті, втрати близької людини (Іванов Д.А., 2007). В сучасних умовах турбує зростання так званих психогенних розладів, які вже отримали назву "Донбаський синдром" (Зайцев О.О.2009). Тому актуальною проблемою сьогодення в нашій країні є пошук лікувально - профілактичних заходів щодо запобігання та зменшення проявів і ускладнень ПТСРП.

Мета. Розкрити особливості причин виникнення та механізмів розвитку ПТСРП у військовослужбовців в зоні АТО.

Матеріали і методи. Проведений пошук, аналіз та узагальнення наукової і методичної літератури з даної теми за останні 10 років. Змінені психічні стани, що виникають у військовослужбовців в період ведення бойових дій, включають бойову стресову реакцію, бойову втому та посттравматичний стресовий розлад. Досвід показує, що психологічно неадаптивні реакції на бойові обставини складають від 10 до 50% всіх санітарних втрат у сучасних локальних війнах (Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., 2016). Категорії людей у яких виникає бойовий стрес – військові або особи, які брали участь в бойових діях, місцеве населення, яке з певних причин потрапляло в епіцентр ведення бойових дій. Серед причин, які можуть призводити до виникнення гострої реакції на стрес, найбільш вагомими є втрата друзів, побратимів, спостереження за пораненими, вбитими, понівеченими тілами людей, перебування у полоні та ін. Провідними механізмами розвитку є активація симпато-адреналової системи, пригнічення вагусної активності, активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, що призводить до розвитку артеріальної гіпертензії, тахікардії, збільшення серцевого викиду, посилення метаболізму з підвищенням рівня глюкози і вільних жирних кислот, активація згортання крові. В подальшому відбувається активація гіпоталамо-гіпофізарної системи (адренокортикотропного гормону, глюкокортикоїдів, пригнічення продукції статевих гормонів, гормону росту). При достатній тривалості ураження відбувається пригнічення імунної системи із зниженням резистентності до інфекцій. Істотну роль у розвитку стресу відіграє зниження рівня гама-аміномасляної кислоти – одного з гальмівних медіаторів головного мозку. Отже, при стресі відбувається мобілізація всіх ресурсів організму.

Висновок. У ході проведеного дослідження було виявлено, що в Україні на період початку проведення АТО, був майже відсутній механізм надання якісної психологічної допомоги учасникам бойових дій та відсутність психологічної підготовки військових та бійців добровольчих батальйонів до ведення бойових дій. Тому необхідно проводити заходи щодо розробки та впровадження методів своєчасної діагностики, лікування та профілактики посттравматичних стресових розладів у військових та мирного населення, що зазнали наслідків “Донбаського синдрому”.

Ю.М. Береговенко

ВПЛИВ ЛІЗИНОПРИЛУ НА ВМІСТ СИРОВАТКОВОГО TGF- β 1 ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ У ЩУРІВ.

Кафедра патологічної фізіології

Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.),

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічний токсичний гепатит (ХТГ) являється актуальною проблемою для охорони здоров'я у всьому світі. Досить високий рівень захворюваності пояснюється несприятливим екологічним станом та необхідністю тривалий час приймати різноманітні ліки, більшість з яких, по своїй суті є ксенобіотиками, поширеністю зловживання алкогольними напоями, дією гепатотропних промислових отрут, таких як CCl_4 , миш'як, хлороформ, а також негативним впливом на паренхіму печінки консервантів та барвників, які в теперішній час широко застосовуються у харчовій промисловості (Бабак О.Я., 2007). Небезпечним наслідком даної патології є розвиток фіброзу та цирозу печінки (ЦП). На сьогоднішній день з літературних джерел відомо, що важлива роль в патогенезі фіброзу печінки належить TGF- β (О.Я. Бабак, 2009). Також важливе значення має активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) (Toblli J.E., Munoz M.C., Cao G. et al., 2008; Lubel et al., 2008;)

Мета роботи: Дослідити вміст профіброгенного цитокіну TGF- β 1 при експериментальному ХТГ та медикаментозній корекції лізиноприлом.

Матеріали і методи: Для експериментального дослідження використано 60 нелінійних лабораторних щурів віком 1,5 місяці, масою 60-80 г, яких розподілили на 5 груп (по 12 щурів у кожній). Перша група – інтактні щури, друга – моделювання ХТГ, шляхом введення інтрагастрально через шлунковий зонд 20% олійного розчину CCl_4 в дозі 0,1 мл/100 г маси двічі на тиждень. Третій піддослідній групі тварин щоденно вводили інгібітор ангіотензин перетворюючого ферменту (іАПФ) «Лізиноприл» (в дозі 20мг/кг, «Астрафарм», Україна). Тваринам четвертої групи паралельно із гепатотоксинами щодня протягом шести тижнів у лікувально-профілактичному режимі (О.В. Стефанов, 2001) інтрагастрально вводили «Глутаргін» (0,75г, ТОВ "Здоров'я") по 30мг/кг. Тварини п'ятої групи отримували інтрагастрально 20% олійний розчин CCl_4 в дозі 0,1 мл/100 г маси двічі на тиждень у комбінації з 5% розчином етанолу, а також «Глутаргін» (0,75г, ТОВ "Здоров'я") по 30мг/кг та «Лізиноприл» (20мг, ТОВ "Астрафарм") по 20мг/кг.

Результати дослідження: Після введення CCl_4 та етанолу протягом двох місяців рівень профіброгенного цитокіну TGF- β 1 зростав удвічі у порівнянні з інтактними тваринами та становив $62,77 \pm 2,87$ пг/л ($p < 0,01$). У тварин, які паралельно із гепатотоксинами отримували глутаргін, який має гепатопротекторні властивості, вміст даного цитокіну із профіброгенними властивостями був нижчим на 11,8 % ($p > 0,05$) у порівнянні з тваринами із ХТГ, при введенні лізиноприлу, що є одним з іАПФ, який не метаболізує в печінці – на 36,77 %

($p < 0,01$) та при комбінації лізиноприлу із глутаргіном – на 21,0% ($p < 0,01$).

Висновки : Таким чином, найнижча концентрація профіброгенного цитокіну TGF- β 1 зареєстрована при одночасному введенні піддослідним тваринам гепатотоксину CCl_4 та інгібітору АПФ – лізиноприлу з лікувально-профілактичною метою, що, на нашу думку, опосередковано вказує на роль РААС у патогенезі фіброзу та ЦП, і потребує подальших досліджень.

О.О. Білик, О.А. Гусак

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА МЕТОДИ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ ЛІМФОМИ ШЛУНКА (MALT – ЛІМФОМИ)

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини і права

В.О. Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В кінці ХХст. сформувалось вчення про новий вид пухлин, що походять з лімфоїдної тканини, асоційованої із слизовими оболонками організму людини. Унікальність цих неопластичних утворень заключається в тому, що протягом декількох років вони мають індолентний характер перебігу і залишаються локалізованими в межах одного органу, тому проблеми та питання своєчасної діагностики є актуальними і на сьогоднішній день.

Мета: Висвітлити сучасні погляди на етіопатогенез та особливості діагностики MALT- лімфом. Розглянути статистику випадків захворюваності в Україні, а зокрема по Вінницькій області. Дослідити морфологічну картину первинної лімфоми шлунка з клітин маргінальної зони на різних стадіях розвитку.

Матеріали і методи: Аналіз статистичних даних Національного канцер – реєстру по лімфомах шлунка; аналіз мікропрепаратів та результатів імуногістохімічних досліджень; вивчення статистичних даних Вінницького обласного онкодиспансеру.

Результати: Серед всіх неходжкінських лімфом (НХЛ) екстранодальні ураження складають 10-15%, найчастіше пухлини локалізуються в ШКТ. Останнім часом спостерігається значне підвищення рівня захворюваності лімфомами шлунка, що складає 3-5% всіх злоякісних пухлин цього органу. Лімфома MALT – типу посідає 2 місце (40%) за частотою випадків усіх НХЛ шлунка. Вона має відносно доброякісний перебіг, на відміну від дифузної крупноклітинної В-лімфоми шлунка, що є більш злоякісною та дуже швидко прогресує. На даний момент інфікування *Helicobacter pylori* розглядається як основний каузативний агент, що призводить до розвитку MALT- лімфом шлунку. Частота випадків серед чоловіків і жінок становить 1:1, однак в деяких наукових працях спостерігається незначне збільшення показників в сторону жіночої статті. На відміну від інших лімфом шлунка, що можуть вражати переважно осіб молодого та середнього віку, пік захворюваності на MALT- лімфому припадає на вік 50-60 років. Серед генетичних мутацій, асоційованих із злоякісною трансформацією В –клітин виділяють такі основні хромосомні транслокації: t(11;18)(q21;q21), t(14;18)(q32;q21) та більш характерна для дифузної крупноклітинної В-лімфоми шлунка (1;14)(p22;q32) мутація. Зважаючи на неспецифічність клінічної картини, діагностика MALT- лімфом базується на даних ендоскопічного дослідження шлунка і гістологічному дослідженні біопсійного матеріала. Імуногістохімічно MALT- лімфоми шлунка, як правило, представлені CD19+, CD20+, CD79+ CD5- bcl2+. Варто зазначити, що цей діагноз не може бути підтверджений за відсутності гістологічних доказів.

Висновок: Не дивлячись на відносно тривалий період локального розвитку MALT- лімфоми і більш доброякісний перебіг порівняно з іншими злоякісними утвореннями ШКТ, в тому числі і з дифузною крупноклітинною В-лімфоною, перш за все це є новоутворення пухлинної природи з потенційною можливістю трансформації у високо агресивну форму. Таким чином правильна і своєчасна діагностика пухлинного процесу з використанням ендоскопічного, гістологічного і імуногістохімічного методів дослідження забезпечує ефективність лікування хворих з MALT- лімфоною шлунка.

Т.О. Бойко, Б.С. Гаїна

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ УІПЛА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

П.С. Жученко (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день, незважаючи на бурхливий розвиток медицини, науки лікарі часто зустрічаються з хворобами, які мало згадуються в медичній літературі, або взагалі не описані й ніколи раніше не спостерігалися в практичній діяльності медичних працівників. Яскравим прикладом цього є хвороба Уіппла. **Мета:** Дослідити особливості перебігу хвороби Уіппла, та виділити основні патологічні стани, що її супроводжують.

Матеріали та методи: Аналіз та порівняння матеріалів статей відомих наукових журналів, англійських інтернет ресурсів.

Результати: Хвороба Уіппла (інтестинальна ліподистрофія, ліпофагічний кишковий гранулематоз) – рідкісне мультисистемне захворювання, основним клінічним проявом якого є ураження лімфатичної системи тонкої кишки і її брижі. Захворюваність оцінюється менш як 1 на 1 000 000 в рік. Захворюваність підвищується в осіб 40-60 р., чоловіки частіше, ніж жінки (9:1), робітники очисних споруд. Остаточна етіологія і патогенез досі невідомі. Деякі автори відносять це захворювання до групи колагенозів. Гістологічно з матеріалів інфікованих тканин хворих виявляють грампозитивну бацилу - *Tropheryma whippelii*. При вивченні експресії цитокінів у культурі макрофагів, отриманих при дуоденальній біопсії у хворих з хворобою Уіппла, було виявлено зниження продукції інтерлейкіну-12 і гамма-інтерферону. Для хвороби Уіппла при морфологічному дослідженні характерна інфільтрація власної пластинки слизової оболонки кишки ШИК-позитивними макрофагами. ШИК-позитивні макрофаги виявляються також в брижових лімфатичних вузлах, в печінці, синовіальній рідині. Суглобові симптоми передують гастроінтестинальним у 67% хворих. Характерне ураження суглобів, що нагадують ревматоїдний артрит, однак артрит не призводить до деформації суглобів або деструктивних змін. Частота ураження ЦНС коливається від 10 до 50%. Серцево-судинна симптоматика відзначається у 20-25% хворих. Найчастіший клінічний прояв - інфекційний ендокардит. Напади перикардиту зазвичай безсимптомні і виявляються тільки при ехокардіографії.

Висновки: Проаналізувавши дані наукових статей, можна зробити висновок, що хвороба Уіппла зустрічається досить рідко і характеризується високим ступенем поліморфізму, що ускладнює його діагностику. Остаточна діагностика базується на результатах гістопатологічного, електронно-мікроскопічного дослідження і використання полімеразної ланцюгової реакції для ідентифікації *Tropheryma whippelii*.

А.М. Бобр, І.А. Дорофєєва, А.М. Перебетюк

ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ВИПАДКАМИ СУЇЦИДУ ШЛЯХОМ ПОВІЩАННЯ ТА КІЛЬКІСТЮ ВЖИВАНОВОГО АЛКОГОЛЮ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.М. Перебетюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Україна займає одне з перших місць в Європі за кількістю випадків самогубств, як за абсолютними числами, так і на душу населення. Одним з найбільш поширених видів самогубства є механічна асфіксія шляхом повішання. При аналізі деяких висновків експерта у Вінницькому обласному бюро судово-медичної експертизи була виявлена така особливість, як фонові дані про вживання алкоголю. Виникла необхідність виявити зв'язок між даними параметрами.

Мета: пошук та виявлення взаємозв'язків між таким видом механічної асфіксії як странгуляція (повішання) та вживанням померлими алкоголю.

Матеріали і методи: аналіз архіву бюро Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи (ВОБСМЕ) за 2012 рік; формування бази даних за допомогою програми Microsoft Excel; статистична обробка складових показників бази даних.

Результати: в ході роботи було опрацьовано судово-медичні акти з архіву бюро Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи за 2012 рік, з них вибрані 33 випадки підтвердженої механічної асфіксії шляхом странгуляції (повішання) та співставлено з результатами судово-токсикологічного дослідження. Результати обробки отриманих даних показали, що: в 8 випадках (24,2%) у осіб не виявлено алкоголю, у 9 випадках (27,2%) легкий ступінь алкогольного сп'яніння, у 7 випадках (21,2%) середній ступінь алкогольного сп'яніння, в 5 випадках (15,1%) сильна ступінь алкогольного сп'яніння, у 4 випадках (12,2%) тяжкий ступінь алкогольного сп'яніння. Тобто у більшості досліджуваних (75,7%) виявлено на фоні механічної асфіксії (странгуляції) наявність алкогольного сп'яніння того чи іншого ступеню (від легкого до важкого ступеня). Також, виявлено, що серед досліджуваних не було осіб у стані незначного ступеня алкогольного сп'яніння.

Висновок: виявлено зв'язок між вживанням алкоголю та вчиненням самогубства у вигляді механічної асфіксії (странгуляції). В переважній кількості випадків померлі мали легкий ступінь алкогольного сп'яніння, що коливався в межах від 0,7 до 1,3 ‰. Не виявлено при дослідженні осіб, що мали незначний ступінь алкогольного сп'яніння. Ймовірно, вживання алкоголю є тригерним механізмом, «каталізатором», що спонукає чи схиляє осіб до думки суїциду.

А.О. Бондарчук

ПРИЧИНИ НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА ТА ФАКТОРИ, ЩО НА НИХ ВПЛИВАЮТЬ

Кафедра медичної біології

Н.М. Гринчак (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром Дауна (СД) – найпоширеніша хромосомна аберация, яка діагностується щороку в

кожній країні світу. В Україні діти з даною патологією народжуються із частотою 1:700 пологів (≈ 420 випадків щорічно). Не зважаючи на те, що цю генетичну хворобу можна виявити на ранніх етапах ембріонального розвитку, коли є прийнятним переривання вагітності по медичних показниках, вибір народжувати чи не народжувати таку дитину залишається за батьками. І суспільство повинне бути готовим до появи таких дітей.

Мета: Дослідження та встановлення причин виникнення СД, а також факторів, що впливають на ризик народження дітей із СД.

Матеріали та методи: Нами було проаналізовано літературні джерела та статистичні дані сімей, які мають дітей із СД різних типів у медико-генетичних центрах Вінницької обл.

Результати: Існує 3 типи хромосомних порушень в соматичних клітинах хворих з СД, які відрізняються причинами виникнення та факторами ризику: 1) Стандартна трисомія (найбільш поширена форма СД), причиною виникнення якої є нерозходження хромосом під час мейотичного поділу в гаметогенезі. В 76% випадків нерозходження хромосом відбувається в 1-ому мейотичному поділі (в 63% – у матері, в 13% у батька), в 24% – в 2-ому (в 17% – у матері, в 7% – у батька). Ризик народжуваності дітей із даним типом СД залежить від віку матері, близькості родичів, а також віку бабусі по материнській лінії (чим старше була бабуся, коли народжувала дочку, тим вища ймовірність, що та народить їй онуків із СД). 2) Транслокаційна форма (зустрічається в 4-5% випадків). Найчастіше 21-а хромосома транслюкується на 14 та 15 хромосоми. Така перебудова носить випадковий характер або успадковується від одного з батьків. Якщо носієм транслокації є батько, то ризик народження дитини з СД становить 3%, якщо мати – 15%. Якщо хтось з батьків має транслокацію 21:21, то всі нащадки матимуть СД. 3) Мозаїчна форма (зустрічається в 1-2% випадків) може з'являтися одним із двох способів – нерозходження хромосом під час раннього поділу клітин нормальних ембріонів або повернення до нормального хромосомного розміщення деяких клітин в ембріоні з СД. Якщо в одного з батьків є мозаїчна форма СД, то існує висока ймовірність народження дитини з СД.

Висновки: Нині СД може бути виявлений ще під час вагітності завдяки сучасній діагностиці, що призводить до частих абортів, проте і це буде впливати на подальший ризик народження дітей із СД. Велика частота народжуваності хворих із даною патологією обумовлена низьким рівнем внутрішньоутробної загибелі плоду та відносно високою життєздатністю, і тому перед лікарями повинне ставитись завдання допомагати в соціальній реабілітації та покращувати перспективи інтеграції в суспільство таких хворих, починаючи з раннього дитинства.

А.О. Бузмакова, Л.Л. Паска, Н.В. Скалецька

РОЛЬ СІМ'Ї В ФОРМУВАННІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ В ПРОЦЕСІ ВИХОВАННЯ

Кафедра нормальної фізіології

Т.І. Борейко (к. мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Сім'я є природним середовищем первинної соціалізації дитини, джерелом її матеріальної та емоційної підтримки, засобом збереження і передання культурних цінностей від покоління до покоління. Головна умова сімейного виховання - міцний фундамент сім'ї, що базується на її непорушному авторитеті, подружній вірності, любові до дітей. Емоції - психічне відображення у формі безпосереднього пристрасного переживання життєвого сенсу явищ та ситуацій, зумовленого відношенням їх об'єктивних властивостей до потреб суб'єкта.

Мета дослідження. Вивчення емоційного стану дітей при вихованні та впливу надмірного або не виховання на їх емоційний стан.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 30 дітей дошкільного віку. Оцінка емоційного стану та готовності дітей до школи проводилась шляхом тестування за загальноприйнятими методами – тест Люшера, "Наслідкування написання літер".

Результати. Отримані дані свідчать, що сім'я суттєво впливає на розвиток психо-емоційного стану дитини. Встановлено, що найкращі результати отримали 15 дошкільнят і складають 50 % від числа досліджуваних, які набрали від 3 до 6 балів і вони мають готовність до школи. Ці діти володіють високим рівнем незалежності, зрілості, упевненості в собі, активності, стриманості, допитливості, доброзичливості, які вмють розбиратися в оточенні. 9 дітей, що відповідає 30%, отримали від 7 до 9 балів і вони умовно готові до навчання в школі. Такі дошкільнята недостатньо впевнені в собі, замкнені й недовірливі. Шість дітей, відповідно проведеним методикам, не готові до навчання і характеризуються нестриманістю, не впевненні в собі, мають низький рівень допитливості.

Висновки. Дослідження емоційного стану дошкільнят показало зміни в особистому розвитку, які проявляються у довільності поведінки, самостійності, креативності, самосвідомості, дитячої компетентності, що дає можливість оцінити свої уміння, фізичні можливості, моральні якості, усвідомлення себе в часі. Зміни в емоційній сфері дитини активізує пізнавальну діяльність, розвиток мови, спонукає до креативності. Таким

чином, у дошкільному віці інтенсивно розвивається ігрова діяльність, що сприяє розвитку мови, формування словесно-логічного мислення, довільності психічних процесів, оцінки власних дій і поведінки.

В.І. Булавенко, О.Г. Басінських
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ

Кафедра медичної біології

О.В. Спрут (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед причин, що можуть негативно впливати на процес запліднення та перебіг вагітності, викликати розвиток акушерської та внутрішньоутробної патології, відіграють значну роль агенти TORCH-комплексу, зокрема *Toxoplasma gondii*.

Мета: Дослідити особливості етіології та патогенезу вродженого токсоплазмозу, проаналізувати особливості профілактики та діагностики захворювання.

Матеріали та методи: Аналіз даних літератури щодо сучасних проблем ранньої діагностики вродженого токсоплазмозу.

Результати: Токсоплазмоз – паразитарне захворювання людини, збудником якого є *Toxoplasma gondii*, характеризується поліморфізмом клінічних проявів і значною варіабельністю течії: від безсимптомного носійства до важких форм хвороби. Найбільш часто клінічні прояви токсоплазмозу спостерігаються у людей з ослабленим імунітетом. Однією з форм захворювання є вроджений токсоплазмоз, який обумовлює: загибель плода в утробі матері, смерть новонародженого внаслідок загальної інфекції або у тих, що залишилися живими, ураження нервової системи, очей та інших органів. Діагностика вродженого токсоплазмозу входить до комплексу діагностики вагітних на т.з. TORCH-інфекції. На сьогодні для діагностики гострого чи хронічного перебігу токсоплазмозу, у зв'язку з можливістю отримання псевдопозитивного чи псевдонегативного результату наявності М-антитіл, актуальним стало визначення авідності IgG–ступеня спорідненості антитіла до антигену та міцності утвореного комплексу антиген-антитіло. По зразку крові стало можливим підтвердити чи виключити гострий перебіг інфекції з наявністю низькоавідних антитіл і констатувати інфекцію в анамнезі. Наявність високоавідних антитіл свідчить про те, що вагітна в минулому контактувала з даним інфекційним агентом, а отже виключається небезпека первинного інфікування для плода. Кількісне навантаження *T. gondii*, більше 100/mL у амніотичній рідині за допомогою полімеразної ланцюгової реакції є прогностичним маркером для раннього прогнозу вродженого токсоплазмозу.

Висновки: В центрі уваги сьогодні знаходяться питання, пов'язані з оцінкою частоти інфікування вагітних, дослідженням можливостей визначення інфікування плоду в антенатальному періоді, обґрунтування необхідності прийняття державних програм профілактики вродженого токсоплазмозу. Залишається відкритим питання щодо запровадження ефективної системи передпологового скринінгу вагітних жінок та єдиної системи реєстрації випадків вродженого токсоплазмозу з розробкою стандартних діагностичних алгоритмів задля адекватного лікування та співпраці спеціалістів різних профілів.

Г.С. Важова, Т.М. Король

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРИ ЛІМБА ПРИ ДІЇ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Т.М. Король (к.мед.наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: морфологічна перебудова рогівки лімба, склери та судинної оболонки ока під впливом наркотичних знеболювальних лікарських засобів відіграє важливу роль у патогенезі ряду офтальмологічних захворювань. Недостатньо вивченими залишаються питання особливостей макро-, мікро- та ультраструктури лімба рогівки ока та шляхів кровопостачання під впливом трамадолу.

Мета дослідження: встановити особливості будови рогівки лімба, склери та структурних змін судинної оболонки у інтактних щурів під впливом трамадолу через 1 добу, 7 діб, 21 добу.

Матеріали та методи: вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, експериментальне дослідження на інтактних щурах, загально-гістологічні та біохімічні методи дослідження.

Результати дослідження: через 1 добу після введення трамадолу спостерігалися зміни в кровоносних судинах мікроциркуляторного русла лімба. В просвітах кровоносних капілярів виявляли стаз еритроцитів. В групі тварин, яким вводили трамадол, через 7 діб загальний план будови лімба був подібним до такого, як у інтактних тварин. Однак, виявляли повнокрів'я судин кровоносного мікроциркуляторного русла та гістіо-лімфоцитарну інфільтрацію строми. Через 21 добу в групі тварин, яким вводили трамадол, загальний план будови лімба був подібним до такого, як у інтактних тварин. Однак, зміни в будові були більше вираженими. Просвіти кровоносних капілярів були розширеними, повнокровними. А також були виявлені деструктуровані волокна. В сполучній тканині був виражений набряк інтерстицію та гістіо-лімфоцитарна інфільтрація.

Висновок: таким чином, при застосуванні знеболювального наркотичного лікарського засобу, найбільш вираженими були зміни на 21 добу: запального та дисциркуляторного характеру із деструкцією колагенових волокон та гістіо-лімфоцитарною інфільтрацією та набряком інтерстиціальної тканини.

Ю.О. Василюк

ЗМІНИ КЛІТИННОГО ЦИКЛУ ТА ФРАГМЕНТАЦІЇ ДНК КЛІТИН ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГІПЕРТИРЕОЗІ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гормони щитоподібної залози необхідні для нормального розвитку, зростання і функціонування органів. Згідно аналізу офіційних статистичних даних, патологія ендокринної системи посідає одне з провідних місць у структурі загальної захворюваності населення. Поширеність гіпертиреозу серед дорослого населення постійно становить 80 випадків на кожні 100 тисяч населення.

Мета: Дослідити зміни фаз клітинного циклу клітин печінки у щурів за умов експериментального гіпертиреозу.

Матеріали та методи: Дослідження проведені на 25 білих лабораторних щурах, з початковою масою тіла 120-150г. Група №1 складала 15 тварин - модель гіпертиреозу введенням препарату L-тироксин 200 мкг/кг. Препарат вводили інтрагастрально на 1% суспензії крохмалю 1р/добу. Група №2, контроль - 10 щурів, вводили лише розчинник. Виводили тварин з експерименту шляхом декапітації під кетаміновим наркозом. Частину печінки щурів розміром 1x1 см негайно вилучали з одного місця у всіх досліджуваних тварин. Суспензії ядер з клітин печінки одержували за допомогою набору «CyStainDNA» фірми «Partec» (Німеччина). Цитофлуориметричний аналіз проводився на багатофункціональному науково-дослідному проточному цитометрі «PartecPAS» фірми Partec (Німеччина) у НДЦ ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Результати: При дослідженні ДНК-ядер гепатоцитів контрольної групи тварин встановлено, що кількість ядер, перебуваючих в стані апоптозу (ділянка Sub-G₀G₁), складала 6,43±0,72%, інтервал G₀G₁ - 73,04±2,71%, S фаза - 0,86±0,07%, G₂+M - 26,10±2,72%. Індекс проліферації (IP) становив 26,96±2,71%. При дослідженні ДНК-ядер гепатоцитів тварин з гіпертиреозом встановлено, що достовірно (p<0,01) збільшується на 33% кількість ядер клітин в стані апоптозу, зменшується на 4% кількість ядер в G₀G₁ інтервалі та збільшуються на 81% кількість ядер у S та на 8,5% вірогідно (p<0,05) у G+M фазі і достовірно (p<0,01) зростає на 11% IP.

Висновок: При експериментальному гіпертиреозі спостерігається зростання кількості ядер клітин, що знаходяться в стані апоптозу та збільшується проліферативна активність порівняно з контролем, що вказує на активацію процесів репаративної регенерації.

А.О. Вахнюк.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ХРОНІЧНОГО ЛІМФОЛЕЙКОЗУ

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Пилипонова (к.мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність:Щороку в світі на рак хворіють 14 млн. осіб. Пухлинні захворювання крові посідають високе місце у загальній захворюваності населення тому повинні підлягати ретельному вивченню. Адже лише, зрозумівши особливості причин та механізмів пухлинної трансформації ми зможемо визначати і діагностувати пухлинні захворювання крові на більш ранніх стадіях, що значно збільшить ефективність лікування та можливість швидкого і повного одужання.

Мета: Дослідження особливостей пухлинної трансформації кровотворних клітин лімфоїдного ряду.

Матеріали та методи: вивчення матеріалів монографій, наукової літератури, статей у наукових фахових журналах та електронних бібліотеках за останні 10 років.

Результати: Лімфолейкоз - системне захворювання крові з пухлинним ураженням кісткового мозку що проявляється гіперплазією лімфоїдної тканини, проявами метаплазії та анаплазії. В основі сучасних уявлень про патогенез хронічного лімфолейкозу лежить поняття про моноклональне походження лейкозних лімфоцитів з незавершеним або порушеним диференціюванням. На стадії пухлинної трансформації під впливом антигенної стимуляції в геномі попередників В- Т-лімфоцитів відбувається переміщення генетичного матеріалу – рекомбінація генів, що кодуєть імуноглобуліни в В-клітинах. Цей механізм схематично може бути позначений як процес розривування і зшивання у нових місцях специфічних фрагментів ДНК, об'єднаних у три групи з умовним позначенням V, d, j. Vdj – механізм здійснюється за допомогою Rag-білків, що є продуктами відповідних генів. Помилки в діяльності цих протеїнів можуть вести до зшивання вирізаних фрагментів ДНК в неправильних місцях. У результаті пухлинної трансформації утворюється клон однакових пухлинних клітин, для яких характерні безмежний ріст і порушена здатність до диференціації. У цих пухлинних клітин виявляють однакові хромосомні маркери. На останній поліклоновій стадії відбувається пухлинна прогресія. Клітини

стають більш злоякісними, втрачають імуноферментну специфічність, мають здатність до метастазування. Фактори, що мають роль в патогенезі хронічного лімфолейкозу: 1 особливості формування, будови і функції В-клітинного рецептора; 2 хромосомні аномалії, що лежать в основі проявів пухлинного росту; 3 порушення кров'яного мікрооточення при лімфопоезі, результатом чого є дисбаланс між процесами проліферації і апоптозу.

Висновки: На відміну від інших злоякісних лімфопроліферативних захворювань, для яких характерна наявність збалансованих транслокацій, при ХЛЛ найбільш часто зустрічаються делеції, що призводять до втрати генетичного матеріалу, трисомії і мутації.

Н.В. Ващенко

АНАТОМІЧНІ СПІВВІДНОШЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОЇ ЧАСТИНИ ПЕРШОЇ ГІЛКИ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА З ОКОРУХОВИМИ НЕРВАМИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доцент), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Вивчення різноманітності і характеру зв'язків гілок трійчастого нерва між собою і з окоруховими нервами представляє інтерес з точки зору можливого пояснення цілої низки клінічних проявів у неврологічній практиці.

Мета роботи. Вивчення різноманітності і характеру зв'язків гілок трійчастого нерва між собою і з окоруховими нервами.

Матеріали і методи дослідження. Дане дослідження було проведено макро-мікроскопічним методом шляхом препарування за методом В. П. Воробйова. Матеріал для вивчення був взятий з фондів препаратів кафедри анатомії ХНМУ.

Результати. В результаті проведеного дослідження нами виявлено певні топографо-анатомічні співвідношення першої гілки трійчастого нерва з окоруховими нервами, а також наявність зв'язків між ними. Так, в області печеристих пазухи перша гілка трійчастого нерва тісно стикається з окоруховим і блоковою нервами, розташовуючись дещо латеральніше і глибше останніх. Найбільш високе положення при цьому займає окоруховий нерв, по відношенню до якого блоковий нерв лежить нижче і медіально. Поверхнево і латеральніше від сухожильного кільця Цина, залягають лобова і слізна гілки; носоресничная гілка розташовується під ними.

Висновки. В області печеристих пазухи виявлено велику кількість тонких симпатичних гілочок, що прямують від сплетення навколо внутрішньої сонної артерії до очного і всіх окоруховим нервів. На всіх досліджених нами препаратах виявлені зв'язки першої гілки трійчастого нерва з окоруховими нервами.

В.О. Велічко, Ю.І. Лобортас

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ АТРОФІЇ КИШКОВИХ ВОРСИНОК ПРИ ЦЕЛІАКІЇ

Кафедра патологічної фізіології

І.В. Романенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Целіакія (глютенова ентеропатія) - одне з найпоширеніших генетичних захворювань, що вражає тонку кишку і призводить до порушення всмоктування поживних речовин з їжі. Введення в медичну практику скринінгових серологічних методів діагностики показало, що її поширеність складає від 1:100 до 1:300 осіб.

Мета: Дослідження механізму розвитку атрофії кишкових ворсинок при генетично обумовленій непереносимості білку глютену.

Матеріали та методи: Вивчення наукової літератури, статей у наукових журналах, матеріалів монографій.

Результати: Захворювання характеризується аутоімунним ураженням травного каналу генетично схильних осіб, що є носіями гетеродимерів HLA - DQ2, HLA - DQ8 і мають непереносимість основного білка злаків (глютену). Встановлено, що в молекулі гліадину (токсична фракція глютену) є ділянка, відповідальна за його токсичну дію. Саме за рахунок цієї ділянки молекули гліадину відбувається його розпізнавання як імунологічно активного компонента Т-лімфоцитами. Активація цих Т-лімфоцитів супроводжується індукцією клітинних імунних реакцій з реалізацією інтерлейкіну-15, який, в свою чергу, активує інтраепітеліальні лімфоцити. Ці лімфоцити стають цитотоксичними та знищують ентероцити, які несуть на своїй поверхні білок MHC-A (стресовий протеїн). Виділено 4 морфологічні стадії розвитку целіакії. Стадія 0 (преінфільтративна) характеризується відсутністю змін у слизовій оболонці. Стадія I (інфільтративна) полягає у збільшенні кількості інтраепітеліальних лімфоцитів (ІЕЛ) більше, ніж 30 на 100 ентероцитів. Стадія II (інфільтративно-гіперпластична), окрім збільшення кількості ІЕЛ, призводить до поглиблення крипт без зниження висоти ворсинок. Стадія III (деструктивна) - атрофія ворсинок, яка буває частковою, субтотальною і тотальною. Стадія IV - тотальна атрофія ворсинок, часто в слизовому і підслизовому шарах виявляються відкладання колагену (колагенова спру).

Висновки: Таким чином, целиакія викликає хронічне запалення слизової оболонки тонкої кишки, що призводить до її атрофії, мальабсорбції і, як наслідок, виникнення клінічної симптоматики, що зникає при застосуванні безглютенової дієти. Розуміння етіології та патогенезу целиакії дозволяє вчасно діагностувати захворювання та застосувати відповідні методи лікування для покращення якості життя хворих осіб.

О.П.Великий, І.Ю.Кузьміна

ВПЛИВ ГІПОКСІЇ НА СТАН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О.Альперна

О.В.Ніколаєва (д. мед. н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Гіпоксія є патологічним станом, що призводить до метаболічних зрушень, посиленню генерації активних форм кисню (АФК), мембранодеструкції, надлишкової ліпопероксидації та окисленню клітинних білків.

Мета: визначення впливу гіпоксії на показники периферичної крові в експерименті.

Матеріали та методи: Експеримент проведено на 10 щурах лінії Вістар, з яких 8 склали основну і 2 - контрольну групи. Щури основної групи перебували протягом 1 години в камері з негативним тиском кисню - 0,5 атм. Через 30, 120, 240 хвилин і 24 години проводився забір 20 мкл крові, шляхом пункції хвостової вени щурів. Контрольна група тварин не підлягала впливу гіпоксії. Визначали рівень еритроцитів (RE), гемоглобіну (Hb), гематокритного числа (Ht), середнього об'єму еритроцитів (MVE), кількість гемоглобіну в еритроциті (EHb), середньої концентрації Hb в еритроциті (MCHE) і тромбоцитів (T).

Результати: Дослідження якісного та кількісного складу клітин крові виявило суттєві зрушення майже всіх досліджуваних показників. RE в перші 30 хвилин після реоксигенації збільшувалася на 23% щодо контролю. А через 24 години відзначалося різке (в 2,5 рази) зменшення їх числа. Рівень Hb через 30 хвилин після реоксигенації підвищувався на 10% і на 240 хвилині дослідження був на 32% менш за контроль. Можливо, що зміна RE і Hb обумовлені коливаннями гематокритного числа, яке в перші 30 хвилин підвищувався на 22% щодо контролю, що свідчить про згущення крові. Ht у перші 120 хвили вірогідно збільшувався до 10%, а потім відновлювався і залишався на нормальному рівні і не відрізнявся від контрольної групи тварин. MVE протягом перших 24 годин після реоксигенації знижувався на 5% відносно контролю, можливо, у зв'язку з частковою дегідратацією і стисненням клітин за рахунок відкриття кальцій-залежних каналів (Гардос-ефект). EHb змінювався хвильоподібно - на 30 хвилині після реоксигенації знижувався на 12% щодо контролю і через 24 годин відновлювався до контрольних значень. Показник MCHE мав аналогічну динаміку, при цьому його зміни були достовірними щодо контролю в усі терміни спостереження. Зміна в крові кількості T при гіпоксії свідчать про розвиток на початку гіпер-, а потім гіпокоагуляції, можливо за рахунок надлишкового створення тромбів в мікроциркуляторному руслі у відповідь на пошкодження ендотелію судин під дією АФК.

Висновки: Гіпоксія супроводжується посиленням генерації АФК за рахунок збільшення всіх формених елементів крові. Концентрація еритроцитів, гемоглобіну і еритроцитарних індексів обумовлені мембранодеструктивними процесами в еритроцитах, зменшенням їх абсолютного числа, а також змінами гематокриту за рахунок перерозподілу крові. Гіпоксія призводить до порушення концентрації тромбоцитів і сприяє розвитку ДВЗ-синдрому.

Т.М. Великоцький

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТА БУДОВИ НИРОК

Кафедра нормальної анатомії

Л.П. Смольський (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вроджені вади і аномалії розвитку нирок виявляють значний інтерес як для дослідників, так і для практичної медицини, оскільки є визначальними факторами ризику розвитку захворювань сечовидільної системи.

Мета: Вивчити окремі вади і аномалії розвитку та будови нирок, їх причини і з'ясувати взаємовідношення цих вад із захворюваннями і патологіями сечовидільної системи.

Матеріали та методи: Дослідження вад розвитку нирок на анатомічних препаратах кафедри анатомії людини, атласів патологічної анатомії, та визначення за даними спеціальних публікацій відношення цих вад до розвитку патологічних станів сечовидільної системи.

Результати: В результаті проведеної роботи нами було усвідомлено, що існують такі аномалії розвитку нирок: аномалії кількості нирок (наприклад, аплазія - відсутність однієї з нирок, часто разом із сечоводом); подвоєння нирки (повне і неповне), наявність третьої нирки; аномалії положення і форми нирки, такі як дистопія, зрощення: одностороннє (нирка в формі «I») та двостороннє (підково- чи галето- подібна нирка); аномалії структури нирок. Причини розвитку більшості з цих вад невідомі. Найчастіше до них призводять генетичні

захворювання та шкідливі фактори (певні лікарські засоби, вживання алкоголю, наркотиків та тютюнопаління матері, а також фізичні фактори). Деякі аномалії в розвитку нирок можуть тривалий час залишатися непоміченими, оскільки не мають прямих симптомів і організм функціонує нормально, а інші являються факторами ризику розвитку певних захворювань сечовидільної системи (гідронефроз, хронічна ниркова недостатність, гострий чи хронічний пієлонефрит та ін.).

Висновки: Нами було проведено вивчення вроджених вад та аномалій розвитку нирок. Встановлено, що деякі з них не є патогенними і при їх наявності немає порушень у функціонуванні сечовидільної системи, а інші, навпаки, являються факторами прогресивного розвитку захворювань сечовидільної системи.

О.В. Власенко, Н.С. Барзак
**НОВА МЕТОДИКА БАГАТОКАНАЛЬНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ ЕЛЕКТРИЧНОЇ
АКТИВНОСТІ МІОКАРДА В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Кафедра нормальної фізіології
О.В. Власенко (д.мед.н., проф.), І.Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: в міокарді передача сигналу між клітинами здійснюється електротонічно через щільні контакти-нексуси. Традиційно провідність в міокарді оцінюють за тривалістю інтервалу PQ на електрокардіограмі. Вдосконалення можливостей технічних засобів реєстрації електричної активності та роботи серця дає можливість детальніше дослідити та проаналізувати параметри міжклітинної взаємодії кардіоміоцитів та проведення імпульсу серцевою тканиною. Використання нових методів експериментальної фізіології дасть можливість деталізувати наявні моделі кардіологічних дослідів, а також прицільно вивчити ефект фармакологічних препаратів на доклінічних дослідженнях.

Мета: встановити основні показники електричної активності та фізичні параметри кардіоміоцитів; зареєструвати потенціали дії кардіоміоцитів при деяких видах експерименту: електростимуляція волокон симпатичної та парасимпатичної систем, що іннервують серце, фармакологічний вплив зареєстрованих медичних препаратів для стандартизації оцінки нової методики багатоканальної реєстрації.

Матеріали і методи: в процесі постановки „гострого експерименту” на міокарді жаби спостерігались параметри роботи серця — ЧСС та серцевий цикл, тривалість роботи серця, електрична активність кардіоміоцитів, потенціали дії кардіоміоцитів, міжклітинна взаємодія, часові параметри провідності м'язової тканини. Реєстрація проводилась за допомогою нового „плаваючого” 16-ти каналного тетрода, який представляє собою тетраполярний вольфрамовий електрод, кожна з ниток якого містить по 4 реєструючих канали товщиною 16 мікрон. Тетрод, сумарний діаметр якого складає 75 мікрон, був введений в міокард шлуночка на глибину 1,5 мм і реєстрував зміни електричної активності кардіоміоцитів та параметри роботи серця при зовнішніх електричних та фармакологічних впливах.

Результати: отримані дані від тетраполярного електрода були оцифровані та конвертовані в спеціалізований комп'ютерний формат обробки даних за допомогою програми „Neuron 10”, паралельно монітувались на осцилографі протягом усього експерименту. Подальший аналіз отриманих даних та статистична обробка дали можливість з великою точністю та часовими інтервалами оцінити основні прояви електричної активності кардіоміоцитів, відділів автономної нервової системи і зміни роботи серця при дії фармакологічних препаратів.

Висновки: розробка нових методик оцінки електричної активності клітин міокарду жаби та параметрів роботи серця дає можливість доповнити доклінічні дослідження фармакологічних препаратів та вдосконалити існуючі моделі електрофізіологічних експериментів.

В.С. Величко
ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА КОРОТКОТРИВАЛУ ТА ДОВГОТРИВАЛУ ПАМ'ЯТЬ

Кафедра медичної біології
С. С. Хлестова (к.пед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасному житті дуже важко знайти необхідний баланс між здоровим способом життя та працею, особливо якщо вона полягає в запам'ятовуванні великих обсягів інформації. Найчастіше нестачу часу ми компенсуємо у нездоровий спосіб: відмовою від повноцінного сну та фізичної активності. Але існує гіпотеза, за якою саме спорт може покращити пам'ять і, як наслідок, зекономити час. За цією гіпотезою фізичні навантаження підвищують рівень нейротропного фактору мозку BDNF, що стимулює появу нових синапсів та нейрогенез.

Мета: Довести, що щоденні фізичні навантаження покращують здатність людини до запам'ятовування.

Матеріали та методи: У дослідженні брали участь дві групи людей: експериментальна та контрольна, у кожній по 10 студентів 17-18 років. Усі учасники до початку експерименту пройшли тести на короткотривалу пам'ять. Експериментальна група протягом 7 днів виконувала фізичні вправи, що поєднували силові та кардіо

навантаження. Кожне тренування тривало від 30 до 60 хвилин. Через тиждень учасники пройшли аналогічні тести на короткотривалу та довготривалу пам'ять.

Результати: Після проведення контрольного тестування, виявилось, що результати учасників, які виконували фізичні вправи щоденно протягом тижня, покращились в середньому на 26,67%, у порівнянні з контрольною групою. Також учасники з експериментальної групи виконали тест на довготривалу пам'ять на 30% краще, ніж учасники контрольної групи.

Висновки: У результаті експерименту стало відомо, що заняття фізичними вправами, які поєднують силові та кардіо навантаження, сприяють суттєвому покращенню як короткотривалої, так і довготривалої пам'яті. Перш за все, така інформація корисна для людей з дуже інтенсивним графіком роботи, наприклад, студентів, тому що фізичні вправи дають можливість поєднувати здоровий спосіб життя і ефективне навчання. По-друге, існує можливість використання фізичних навантажень у боротьбі з деменцією.

В.А. Волинець, О.В. Власенко

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СМАРТФОНІВ В СИТУАЦІЯХ БАГАТОЗАДАЧНОСТІ НА ЗМІНУ ПАРАМЕТРІВ ХОДЬБИ ПІД ЧАС РУХУ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Власенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. В даний час люди активно користуються гаджетами. Ця активність з кожним роком підвищується швидкими темпами. Сьогодні смартфони стали обов'язковим атрибутом кожної людини. Люди по ньому зв'язуються зі своїми родичами або друзями, колегами по роботі або знайомими, дізнаються інформацію, дивляться відео, слухають музику, фотографують, грають, в кінці кінців. Але у всіх цих позитивних моментах є негативні. Текстинг, часта перевірка соціальних медіа та перегляд відео на ходу змінили нашу манеру ходити.

Мега роботи. Вивчення впливу мобільних телефонів та смартфонів, зокрема часте читання і написання СМС-повідомлень на ходу, на зміну характеру ходьби.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилося на групі із 15 добровольців, студентів ВНМУ. В експерименті спостерігали за здоровими людьми, які йшли по прямій лінії з комфортною для них швидкістю і виконували при цьому одне з трьох завдань: набирали текст на смартфоні, читали текст на смартфоні або не використовували смартфон взагалі. Порівнювалися рухи тіла під час кожного з поставлених завдань.

Результати. В результаті дослідження ми з'ясували, що в ситуації багатозадачності (тобто ходьби і використання смартфона одночасно) швидкість набору тексту на смартфоні не зменшилася. Однак збільшилася ширина кроку при ходьбі, зменшилася швидкість ходьби та відбулося відхилення напрямку руху від прямої лінії. Причина такої ходьби криється в мозку, а точніше у внутрішньому вусі. Тут розташований вестибулярний апарат. Цьому апарату допомагають рецептори сухожильно-м'язового апарату і органи зору. Під час написання СМС-повідомлень в головному мозку виникає конфлікт між сигналами, які надходять у головний мозок з вестибулярного апарату і з органу зору, наслідком якого є така хода.

Висновки. Набір або читання тексту на смартфоні на ходу може бути серйозною загрозою навігаційним здібностям городян, негативно впливає на увагу людей і створює додаткові ризики для пішоходів, що рухаються вулицями і перетинають дорогу.

В.В. Гав'янець

АРТЕРІО-ВЕНОЗНІ АНАСТОМОЗИ В СТІНЦІ ПІДКЛЮЧИЧНОЇ АРТЕРІЇ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. В даний час розрізняють два види артеріо-венозних анастомозів: артеріо-венозні анастомози типу так званих «замикаючих» артерій і артеріо-венозні анастомози «глобусного» типу.

Мета. Дослідити будову артеріо-венозних анастомозів, особливо в стінці підключичної артерії.

Матеріали і методи дослідження. Вивчаючи іннервацію підключичних артерій людини, ми дослідили сріблом за методом Є. І. Рассказової препарати, що представляють собою шари артеріальної стінки. При цьому виразно проявилася судинна система (vasa vasorum). На підставі вивчення 15 об'єктів можна скласти певне уявлення про будову стінки судин підключичної артерії.

Результати. У зовнішній адвентиції підключичної артерії розташовуються відносно великі артеріальні стовбури. Ці стовбури направляються уздовж і під гострим кутом до посудини. Від них відходять дрібніші артерії і вени, які перетинають стінку судини в різних напрямках, з'єднуються один з одним, утворюючи широку полігональну мережу. Рівень залягання мережі більш глибокий, ніж головних судинних стовбурів.

Висновки. Основні артерії стінки судини і їх відгалуження йдуть, як правило, у супроводі двох вен, розташовуючись між ними. Парні вени-супутниці простежуються до рівня дрібних артерій, від

широкопетлистого адвентіціального сплетіння відходять численні судини меншого калібру. Вони розподіляються головним чином в адвентиції, занурюються також і в глиб судинної стінки.

Л.І. Гайдучик

ВПЛИВ МОРФОЛОГІЧНОГО СТАНУ СУДИННОЇ СТІНКИ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ АРТЕРІО-ВЕНОЗНОЇ ФІСТУЛИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК 5 СТУПЕНЯ

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

Ю.І.Кузик. (к. мед. н., доц.), О.І.Русин. (зав. відділу хронічного гемодіалізу Львівської обласної клінічної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Департаменту ОЗ ЛОДА з нефрології)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Львів, Україна

Актуальність: В Україні кількість хворих з хронічною хворобою нирок (ХХН) IV-V ст. зросла більше, ніж удвічі за останні 2 роки. Кількість потенційних кандидатів на проведення ниркової замісної терапії зростає на 30% щороку і поглинає до 80% бюджету на охорону здоров'я. Інтегрована терапія дає змогу продовжити життя хворим з недіабетичним ураженням нирок у середньому на 20-25 років, з діабетичною нефропатією – на 12-15 років. Програмний гемодіаліз (ГД) залишається провідним методом лікування хворих з термінальною ХНН. Для забезпечення адекватного ГД визначальним є стан судинного доступу, «золотим стандартом» якого залишається артеріо-венозна фістула (АВФ). Відповідно, стан судин АВФ істотно впливає на об'ємну швидкість кровоплину, ефективність ГД і час виживання пацієнтів.

Мета: Оцінити морфологічні зміни артерій та вен при формуванні АВФ у пацієнтів з хронічною хворобою нирок (ХНН) 5 ступеня, зумовленою ЦН і гломерулонефритом та визначити ефективність ГД у даних пацієнтів

Матеріали та методи: проаналізовано випадки 52 пацієнтів із сформованою АВФ, що перебували на лікуванні в відділенні хронічного гемодіалізу Львівської обласної клінічної лікарні протягом 2016 року. Серед хворих – 28 жінок та 24 чоловіки, віком від 26 до 61 року. У 37 пацієнтів діагностовано гломерулонефрит, у 15 пацієнтів – ЦД. При формуванні АВФ в кожному випадку було взято фрагмент судинної стінки артерії та вени для патоморфологічного дослідження. Гістологічне дослідження проводилося за стандартною методикою з подальшим фарбуванням зрізів гематоксилін-еозином, резорцин фуксином за Хартом та трихромним Масоном.

Результати: при патоморфологічному дослідженні фрагментів АВФ у хворих із ЦД були виявлені: фіброзно-м'язова гіперплазія артерій зі стенозом просвіту (93,3%), інтимальні фіброзно-м'язові гребені (80%), атрофічно-склеротична перебудова із витончення стінки (20%), дистрофічні зміни еластичних волокон (86,7%), дифузний або частковий фіброз судинної стінки (100%) та периадвентичіального шару (40%). Об'ємна швидкість кровоплину у пацієнтів з ЦД становила 250-300 мл/хв.

При патоморфологічному дослідженні фрагментів АВФ у пацієнтів з гломерулонефритом були виявлені дистрофічні зміни еластичних волокон(66,7%) та гладко-м'язових клітин (8,3%), фіброзно-м'язову гіперплазію (75%) з формуванням сполучнотканинних гребенів(41,7%), частковий (41,7%) та дифузний фіброз (25%) стінки судин та периадвентичіального шару(33,3%), атрофія та склероз стінки із утворенням мікроаневризм (25%). Об'ємна швидкість кровоплину у цих пацієнтів знаходилась на рівні 300-350 мл/хв.

Висновки: Виявлено, що у хворих із цукровим діабетом зміни в АВФ призводять до зменшення об'ємної швидкості кровоплину, тоді як у хворих із гломерулонефритом менш виразні морфологічні зміни проявлялися кращими показниками гемодинаміки. Це вказує на кореляційний зв'язок між виразністю морфологічних змін в АВФ та показниками гемодинаміки, що безсумнівно впливає на загальну ефективність проведення процедури гемодіалізу.

Н.Д. Ганизаде

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Кафедра анатомии человека

Д.М. Шиян (к.мед.н., доц.), М.А. Лютенко

Харьковский национальный медицинский университет

г.Харків, Україна

Вступление. Развитие телекоммуникаций и компьютерных технологий, которое захлестнуло человечество около двадцати лет назад, продолжается и сейчас. Современное повсеместное их использование создает резонансное волновое поле, изучение влияния которого на организм в целом и на отдельные его структуры является важным вопросом. Весомый вклад в загрязнение окружающей среды вносит уровень ЭМИ.

Цель. Изучение влияния ЭМИ на центральную нервную систему и обоснование изменения критериев безопасности для населения, учитывая прогрессирующее развитие технологий.

Материалы и методы. Для работы брались белые лабораторные крысы, абсолютно пригодные для проведения эксперимента, которые содержались в условиях вивария. Исследование проводилось на 20 крысах, возрастом 20 дней, что соответствует возрасту человека от 6 до 7 лет. Экспериментальная группа находилась под постоянным облучением частотой 1800-2100 МГц (эквивалентно современным устройствам).

Результати. Крысы, подвергающиеся излучению, характеризовались замедленным развитием. Большинство из них стали малоактивны, вялые, слабо реагировали на раздражитель, у двух отмечалась резкая агрессия, возбуждение, у всех наблюдалось выпадение шерсти, а также отмечалось ухудшение аппетита.

Выводы. Анализируя количественные показатели, наблюдения, внешние изменения, а также, результаты гистологического исследования, можно сделать вывод, что существует коррелятивная связь между клиническими проявлениями болезненных изменений в двигательных функциях животных и его поведенческих реакциях и наличием морфологических, патологических изменений в ЦНС в виде проявлений по типу продуктивного менингоэнцефалита.

П.П. Глянецв

ІННЕРВАЦІЯ ШКІРИ СІДНИЧНОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Іннервація шкіри сідничної області до теперішнього часу в літературі висвітлена ще недостатньо. Дані навчальної літератури і великих неврологічних посібників зводяться до короткого перерахуванню нервів із зазначенням на малюнках примірної зони їх поширення.

Мета. Дослідити іннервацію шкіри сідничної області.

Матеріали і методи дослідження. Нами вивчалися всі шкірні нерви сідничної області, проте у даній роботі викладаються тільки дані про шкірних нервах, що формуються з задніх гілок останніх грудних, поперекових і крижових спинномозкових нервів. Матеріали про інших нервах частково вже опубліковані в пресі. Дослідження проведені на 10 препаратах сідниць, узятих від трупів дорослих людей після фіксації їх в 5%-ном розчині формаліну. Методика дослідження полягала в анатомічному препаруванні по В. П. Воробйову з застосуванням 1%-ного розчину оцтової кислоти, причому на кожному препараті одночасно виділялися всі шкірні нерви. Для характеристики та порівняння зон їх поширення використано зазвичай прийняте поділ сідничної області на квадранти.

Результати. Шкіра сідничної області щільна, напружена внаслідок розвитку підшкірної клітковини. Між поверхневою і власної фасціями в товщі клітковини залягають шкірні нерви, наступний шар — сіднична фасція — підсумовує у своєму футлярі великий сідничний м'яз. Між середньою і малою сідничними м'язами розташовується другий простір, де знаходиться фасціальний футляр сідничного нерва.

Висновки. Іннервація сідничної області здійснюється короткими гілками крижового сплетення, верхнім і нижнім сідничними нервами; кровопостачання гілками верхньої і нижньої сідничних артерій.

А.А. Грантовська

ВНУТРІШНІ АРТЕРІЇ СТОВБУРОВОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Як і у всіх досліджених раніше ссавців тварин, в деяких ділянках стовбура головного мозку людини виявляється поєднання прямолінійною і сетевидної форми в розподілі артеріальних судин.

Мета роботи. Дослідити будову внутрішніх артерій стовбурової частини головного мозку людини.

Матеріали і методи дослідження. Були вивчені матеріали стосовно тематиці будов артерій, особливо артерій головного мозку.

Результати. Внутрішньоорганний артеріальний русло стовбура головного мозку людини, таким чином, відображає будову самого мозкового речовини, характеризується певними віковими і деякими специфічними особливостями. Частина артеріальних анастомозів між окремими артеріями, так і між артеріальними мережами деяких ядер в свою чергу розгалужується, тому внутрішньоорганний артеріальний русло стовбура головного мозку людини в більшості ділянок (особливо в середньому і проміжному мозку) можна характеризувати як безперервну артеріальну мережу, не розділену на виразні зони.

Висновки. Це значний розвиток артерій стовбурової частини мозку можна пояснити, мабуть, максимальним розвитком у людини самого мозкового стовбура (одержує до того ж і харчування з більшої кількості джерел, на що вказують як літературні, так і власні дані), викликаного зростанням і розвитком кінцевого мозку, і впливом на стовбур кори великих півкуль. Крім того, харчування стовбура головного мозку людини відрізняється і відносно великою кількістю судин, придатних до окремих ядер.

В.О. Гикава, Ю.О. Каліновська
ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кафедра нормальної фізіології
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Л.Л.Хмель (ст. викл.), В.В. Чорна (к.мед.н., викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Стрімкий розвиток сучасної науки і техніки зумовлює впровадження комп'ютерних технологій в усі сфери людської діяльності, використання яких набуває неконтрольованого характеру. Аналіз даних, що характеризує появу хвороб серед дітей та підлітків свідчить про розвиток стійкої тенденції до погіршення стану здоров'я серед дітей шкільного віку: збільшується ризик розвитку хронічних захворювань, появи психічних відхилень, порушень поведінки та багатьох важливих фізіологічних процесів.

Мета: Вивчення впливу комп'ютерних ігор на самопочуття школярів, оцінка морфофункціональних та психофункціональних змін в організмі школярів під час різних комп'ютерних ігор, визначення ступеня ризику розвитку комп'ютерної залежності.

Матеріали та методи: Анкетування підлітків, проведення психофункціональних та психологічних досліджень, лабораторне визначення вмісту адреналіну в сечі школярів.

Результати: Нами досліджено вплив комп'ютерних ігор на функціональні показники організму дітей. Результати свідчать про те, що активні комп'ютерні ігри сприяють виникненню перезбудження, емоційно-вегетативного напруження, фізіологічного і нервового виснаження. Під впливом ЕМП, що генерує працюючий комп'ютер, виникає стимуляція симпатико-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової систем, що призводить до збільшення вмісту адреналіну в сечі та активацію процесів згортання крові. Доведено негативний вплив комп'ютерних ігор на функціональний стан організму дітей та формування під їхнім впливом дисгармонійних станів, розроблені методи їх діагностики, оцінки та ефективності профілактики.

Висновки: Виявлені суттєві зміни у діяльності серцево-судинної системи під впливом комп'ютерних ігор з нав'язаним ритмом («Counter-Strike», «GTA»), які характеризуються інтенсивним виключенням психічних функцій, що вказує на їх адаптивний вплив на організм граючих. Встановлено зниження показників точності та продуктивності праці. Комп'ютерні ігри призводять до формування агресивних тенденцій особистості, що підтверджено тестом Баса-Дарки. Встановлено тісний зв'язок між тривалістю гри в день, її частотою на тиждень та змінами психофункціонального стану дітей (ЧСС, АТ, адреналін в сечі, ХОК, індексів агресивності та ворожості).

О.А. Гнатій., Ю.Ю. Бендас
НАУКОВІ ПОМИЛКИ В ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ АНАТОМІЇ
Кафедра нормальної анатомії
В.Ф. Мазченко (ас., к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Знання історії допомагають уникнути помилок попередників, правильно зрозуміти сучасний стан наукових концепцій. Вивчення минулого медицини дає правильне уявлення про те, як виникли й нагромаджувалися навички розпізнавання захворювань, уміння лікувати їх і запобігати їм, як поступово почали правильно розуміти будову та функції організму та зміни їх під час захворювань.

Мета: Виявити та узагальнити наукові помилки в процесі розвитку анатомії, що описані в літературних джерелах.

Методи та матеріали: Аналіз історичних даних розвитку анатомії. Вчені зробили свій вклад в процес розвитку анатомії, виправляючи помилкові припущення.

Результати: Встановлені помилки в будові людського тіла та його процесах. Прикладами можуть бути визначене Галеном місцезнаходження серця в центрі грудної клітини; проникна перегородка серця, через яку кров могла потрапляти із лівої частини серця в праву; описані сім частин груднини і трикутний хрящ; наявність міжшлуночкового отвору в серці людини; центр кровообігу - не серце, а печінка.

Жовч, за Галеном, - продукт очищення крові. Авіценна додав власні уявлення про те, що організм людини керується не трьома органами, як стверджував Платон, а чотирма: серце, головний мозок, печінка і яєчко. Гарвей вивчав зародковий розвиток тварин. Вчений хибно вважав, що всі живі організми розвиваються з яйця.

Висновки: В процесі розвитку будь-якої науки неминуха поява хибних поглядів та концепцій. Не виключено, що найбільша їх кількість припадає на історію розвитку природних наук.

С.С. Гончаров
ГЕСТАЦІЙНИЙ ДІАБЕТ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ

Кафедра патологічної фізіології

О.М. Мордвінова (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні відзначається зростання числа хворих на різні ендокринопатії і найбільш поширеною серед них є цукровий діабет (ЦД). У близько 1% жінок дітородного віку ЦД виникає ще до вагітності – передгестаційний діабет (у 85-90% ЦД типу I), а у 2-5% це захворювання розвивається під час вагітності (гестаційний діабет). При ЦД існує ризик формування двох симптомомкомплексів у плода: ембріопатії (частота від 3,5% до 8,0%) та фетопатії (75-100%). Знання даної патології, механізмів її розвитку необхідні для розуміння принципів профілактики та лікування.

Мета: Оцінити патогенетичний вплив гестаційного діабету на розвиток і перебіг вагітності.

Результати: Гестаційний діабет - це цукровий діабет, виявлений під час вагітності, а також порушення толерантності до глюкози (сприйняття глюкози організмом), також виявленої в цей період. Основні гормонально-метаболічні зміни при вагітності пов'язані з формуванням нового ендокринного органу - плаценти, яка секретує в кровотік матері білкові і стероїдні гормони. До них відносяться: хоріонічний гонадотропін, що володіє біологічними властивостями лютеїнізуючого гормону, плацентарний лактогенний гормон (ПЛГ), подібний по ряду біологічних властивостей з гормоном росту і пролактином гіпофіза, прогестероном і естрогенами. Ці гормони мають контрінсулярний ефект - знижують чутливість периферичних тканин до ендogenous інсуліну. Патогенез гестаційного ЦД має деяку схожість з патогенезом ЦД II типу. Різниця полягає в тому, що основними факторами, які визначають периферичну інсулінорезистентність, є властиві вагітності гормональні і метаболічні зміни. Синтез плацентою стероїдних гормонів (плацентарний лактоген, естрогени, прогестерон), а також підвищення виділення кортизолу корою наднирників при одночасній зміні метаболізму і тканинного ефекту інсуліну, прискорене руйнування інсуліну нирками призводять до стану фізіологічної інсулінорезистентності. Перевищення фізіологічної глікемії сприяє збільшенню переходу глюкози через плаценту і викликає гіперплазію β-клітин острівцевого апарату підшлункової залози, гіперінсулінемію і, як наслідок, макросомію плода. Під час вагітності спостерігається зниження ниркового порогу для глюкози, що спрямоване на зменшення негативного впливу на плід гіперглікемії, викликаній аліментарними чинниками на тлі інсулінорезистентності. Жінки, які перенесли гестаційний ЦД, в подальшому мають значний ризик розвитку ЦД II типу, що розвивається у 50% через 5-10 років після пологів.

Висновки: Таким чином, гестаційний ЦД як один із найбільш частих ендокринних захворювань у вагітних, надає виражений негативний вплив на перебіг і результат вагітності, стан плода та новонародженого. Своєчасна діагностика, адекватна терапія захворювання і вибір раціональної тактики розродження сприяють поліпшенню перинатальних показників.

А.А. Горбатюк, К.І. Пасека, Д.В. Оксаніч

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

Кафедра нормальної фізіології

Л.С. Лойко (к. псих. н., доц.), Т.П. Рисинець (к. псих. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Формуванню залежної поведінки сприяє чимало факторів, причому на більшість з них людина ніяк не може впливати чи контролювати їх, тим паче не може робити цього підліток. Досі не можна остаточно стверджувати, чи неадекватна самооцінка особистості сприяє формуванню у неї залежності, чи навпаки, - узалежненість особистості впливає на рівень її самооцінки. Потрібно всебічно вивчити і дослідити психофізіологію особистості узалежненої людини, в тому числі і самооцінку особистості у осіб різних вікових груп (15-16 та 18-20) з тютюновою залежністю.

Мета. Дослідити індивідуально-психофізіологічні особливості самооцінки особистості та визначити фактори, які сприяють формуванню тютюнової залежності, а також дослідити схильність до тютюнопаління юнаків і підлітків та їх мотиви.

Матеріали та методи: теоретичні, психодіагностичні та методи статистичної обробки отриманих результатів. Психодіагностичний метод передбачав оцінку особливостей особистості за: методикою діагностики самооцінки мотивації схвалення Д. Марлоу і Д. Крауна, методикою дослідження самооцінки особистості, опитувальником М. Шмішека та за допомогою спеціально розробленої анкети. В дослідженні брали участь 38 учнів 9-10 класів віком 15-16 років, з яких 20 досліджуваних чоловічої (52,6%) і 18 досліджуваних жіночої(47,4%) статі, а також 23 студенти 2 курсу віком 18-20 років, з яких 2 досліджуваних чоловічої статі (8,7%) а решта 21 жіночої статі (91,3%).

Результати проведеного дослідження за допомогою комплексу підібраних методик, показали значну

поширеність тютюноваління серед молоді віком 15-20 років (встановлено, що палять майже 40% досліджуваних), а також показали, що юнакам та підліткам, котрі палять характерні певні психологічні особливості особистості. Більшість молодих осіб, що палять, характеризуються тенденцією до завищення самооцінки (37% при оцінюванні своїх позитивних якостей та 47% - негативних якостей) або ж неадекватно завищеною самооцінкою (відповідно 4 та 12%). Лише 4% тих, хто палить здатні адекватно оцінити свої позитивні риси, в той час як негативні риси оцінюють адекватно 0%. Для молодих осіб, що палять найбільш характерні акцентуовані риси особистості по гіпертичному (16%), циклотинному (27%), збудливому (12%) та екзальтованому (16%) типах, а також тенденції до акцентуації по дистимічному (12%), збудливому (10%) та емотивному (7%).

Висновки. Самооцінка молодих осіб, які палять є неадекватною, а саме – завищеною. Дослідження показало, що для більшості є характерною атарактична (37%), субмісивна (40%) та гедоністична (23%) форми мотивації вживання тютюну, що пояснюється психологічними особливостями особистості молодого віку, яка палить. Результати аналізу самооцінки молодих осіб, які палять та не палять, показали, що виявлені нами розбіжності не є істотними, оскільки отримані емпіричні значення t – критерія є меншими критичного значення для 5% рівня значимості. Достовірними є лише розбіжності у оцінці власних позитивних рис дівчатами, які палять і які не палять ($t=2,4$), причому дівчата, які палять оцінюють себе більш адекватно. В основному ж для юнаків і підлітків, для тих, хто палить, так і для тих, хто не палить, найбільш характерною є тенденція до завищення самооцінки, що можна пояснити особливостями віку.

М.А.Горбунова, Л.М.Островська
БАКТЕРІАЛЬНІ БІОПЛІВКИ, МЕХАНІЗМИ ЇХ ФОРМУВАННЯ
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Н.С.Фоміна (к. мед. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність. Останнім часом доведено існування бактерій у формі складноорганізованого співтовариства – біоплівки, що має значення в розвитку інфекційних захворювань людини. Існування у вигляді біоплівок супроводжується значними змінами експресії генів, що проявляється резистентністю до протимікробних речовин та факторів імунного захисту. Біоплівки розглядаються як фактор, що спричиняє інфекційні процеси.

Мета. Вивчити механізми формування бактеріальних біоплівок.

Матеріали. Наукові дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів.

Результати. Здатність бактерій формувати біоплівки – істотний чинник патогенності. Утворення біоплівок – одна з основних стратегій мікроорганізмів щодо виживання бактерій в несприятливих умовах, в тому числі і при дії антибактеріальних препаратів. Доведено, що мікроорганізми, які входять до складу біоплівки володіють високою резистентністю щодо протимікробних препаратів. Показана роль бактеріальних біоплівок у виникненні та розвитку інфекційних захворювань таких як: катетер-асоційовані інфекції, вентилятор-асоційовані пневмонії, інфекції протезних клапанів, сечових шляхів, середнього вуха та ін.. За науковими джерелами, частота інфекцій, зумовлених біоплівкою, складає 65 -80%. Серед мікроорганізмів, які утворюють біоплівки лідирують золотистий стафілокок, псевдомонади та акінетобактерії.

Висновки. Можливість мікроорганізмів утворювати полімікробні гетерогенні угруповання, які володіють високим ступенем резистентності до антибіотиків в організмі людини, необхідно враховувати при лікуванні інфекційних хвороб.

М.Г. Гула
РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА НЕМАТОДОЗИ
Кафедра медичної біології
К.В. Мусатова (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Погіршення екологічної ситуації та зниження санітарної культури населення призводить до виникнення ряду медичних проблем. Одна з них – високий рівень захворюваності на гельмінтози. Актуальність проблеми передусім зумовлена вираженим негативним впливом на організм людини, що визначає стан здоров'я населення.

Мета роботи:Провести аналіз рівня захворюваності населення Вінницької області на нематодози та акцентувати увагу на засобах їх профілактики.

Матеріали та методи:У запропонованій роботі використані статистичні матеріали захворюваності населення, зокрема дітей навчальних закладів, що надані Вінницькою обласною санітарно-епідеміологічною станцією. Дані узагальнювались та систематизувались.

Результати: Встановлено, що протягом 2011-2016 років у структурі паразитарних хвороб у Вінницькій області домінують ентеробіоз та аскаридоз. Також зафіксовано випадки трихоцефальозу, токсокарозу та дірофіляріозу.

Захворюваність на нематодози за 2011 рік склала 8598 хворих (70% дітей), у 2012 році – 7249 хворих (68% дітей), 2013 рік – 5509 (75% дітей), 2014 рік – 5089 (73% дітей), 2015 рік – 3973 (79% дітей), 2016 рік – 4460 (77% дітей). За 2011-2016 років зареєстровано 20 випадків дірофіляріозу в 10 районах області та м. Вінниця. У всіх випадках збудником захворювань була *Dirofilaria repens*.

Висновки: У Вінницькій області епідеміологічна ситуація нематодозів характеризується стабільно високим рівнем захворюваності дітей у навчальних закладах впродовж останніх шести років. Зазначена проблема потребує акцентування уваги на більш інтенсивне проведення профілактичних заходів серед населення, зокрема в навчальних закладах, що дозволить зменшити рівень інвазійності.

А.Л. Гуменюк

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Т.В. Процак (к.мед.н., доцент)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці захворювань приносних пазух (ендоскопія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія), рентгенологічний метод залишається найбільш масовим, простим і загальнодоступним. На основі рентгенологічного зображення анатомічних структур приносних пазух лікар може об'єктивно судити про їх розміри, форму, скелетотопію та синтопію. Тому знання варіантної анатомії верхньощелепних пазух дозволить лікарю оптимізувати оперативний доступ і сприятиме прогнозуванню ускладнень при розвитку патологічних процесів і маніпуляціях на верхньощелепній пазусі.

Мета: з'ясувати рентгенологічні особливості верхньощелепних пазух у людей зрілого, літнього та старечого віку

Матеріали та методи: дослідили 120 оглядових рентгенограм приносних пазух пацієнтів віком від 21 до 67 років, направлених на діагностичне обстеження в обласну клінічну лікарню м.Чернівців, без виявлених патологічних змін у верхньощелепних пазухах. У ході дослідження використовували рентгенографічний та статистичний методи.

Результати: на основі отриманих нами даних, було виділено такі різновиди топографічних форм верхньощелепних пазух: перша форма – розташування верхньощелепних пазух тільки в тілі верхньої щелепи (справа – в 36%, зліва – 34%); друга форма – розташування верхньощелепних пазух не лише в тілі верхньої щелепи, а й в одному з її відростків (справа – в 31%, зліва – 27%); третя форма – розташування верхньощелепних пазух в тілі верхньої щелепи і не менше ніж у двох її відростках (справа – в 33%, зліва – 39%). На основі дослідження рентгенологічних знімків приносних пазух встановлено три форми будови верхньощелепних пазух: трикутна (76%), чотирикутна (13%) та овальна (11%). Окрім варіабельності форм, ми спостерігали розвиток додаткової перегородки серед верхньощелепних пазух трикутної форми - 3 випадки (2%). Симетричні пазухи трикутної форми справа та зліва спостерігались у 66 випадках (54%), асиметричні у 26 спостережень (22%). Симетричні пазухи чотирикутної форми справа та зліва у 11 випадках (9%), асиметричні у 5 випадках (4%). Симетричні пазухи овальної форми справа та зліва у 9 випадках (8%), асиметричні у 3 випадках (3%).

Висновки: Внаслідок проведеної роботи, ми дійшли висновку, що виходячи з вікового аспекту, у людей зрілого віку переважала трикутна та чотирикутна форма пазух, а у людей старечого та літнього віку - округла, що пояснюється віковою інволюцією пазух. Отже, рентгенографія є ефективним напрямом діагностики, що дає можливість об'єктивно оцінити форму, скелетотопію та синтопію верхньощелепних пазух.

О. І. Гуменяк, О.В. Лазарук

ЕКСПРЕСІЯ Ki-67 ЕПІТЕЛІАЛЬНИМИ КЛІТИНАМИ ПРОТОКОВОЇ КАРЦИНОМИ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ З МЕТАСТАЗАМИ ТА БЕЗ НИХ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПУХЛИННИХ МЕТАСТАЗІВ

Кафедра патологічної анатомії

І.С. Давиденко (проф., д. мед. н.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Дослідження проліферації у пухлинах вже протягом довгого часу використовують як незалежний прогностичний показник. Значення показника корелює з вірогідністю виникнення рецидиву пухлинного процесу та поширення пухлини, як місцево, так і у вигляді метастазів. Для дослідження проліферативної активності широко використовують виявлення експресії білка Ki-67, який відносять до регуляторних білків. Збільшення його експресії часто трактують як негативний фактор, в плані прогнозування перебігу пухлини та зниження загальної і безрецидивної виживаності.

Метою дослідження було провести кореляцію між рівнем експресії білка Ki-67 у випадках інвазивної протокової карциноми грудної залози в групах з наявними метастазами та без них. На основі отриманих даних встановити кількісні показники для прогнозування метастазування.

Матеріали і методи. У дослідженні використано 162 випадки грудної залози, ураженої протоковим раком: з них 97 із метастазами та 65 випадків без них. Досліджували за допомогою імуногістохімічного методу діагностики. Отримані препарати переводили в цифрові зображення. Шляхом комп'ютерної мікроденситометрії за допомогою програми ImageJ визначали рівень експресії в одиницях оптичної густини. На основі отриманих даних співставляли кількісні показники між групами випадків з наявними та відсутніми метастазами.

Результати дослідження. При визначенні експресії білка Ki-67 встановлено, що для групи пацієнтів без метастазів показники були вищими лише у випадках до лікування хімотерапевтичними препаратами, а саме в матеріалі забраному інтраопераційно для експрес-діагностики. А в групі з наявними метастазами експресія була значно вищою, як за показниками контрастності забарвлення, так і за кількістю клітин.

Висновки. Підвищення проліферації в пухлині вказує на збільшення активності пухлини, а це, в свою чергу, може призводити до підвищення метастатичної активності пухлини. Тому визначення рецепторів до Ki-67 в певній мірі можна використовувати як прогностичний фактор метастазування пухлини.

А.Р. Гур'єва

ПІДСУМКИ ДОСЛІДЖЕНЬ БУДОВИ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Одним з наукових напрямків в анатомії є проблема будови периферичних нервів. Увагу вчених до цієї проблеми було залучено з 1912-1913 рр., коли висувалися вчення про сталість топографії пучків нервових волокон всередині стовбура нерва. Надалі дослідження з проблеми будови периферичних нервів були спрямовані на виявлення закономірностей перебігу нервових провідників.

Мета. Дослідити будову периферичних нервів.

Матеріали і методи дослідження. Були проведені дослідження комплексів нервів верхньої кінцівки і міжреберних нервів, а також корінців грудного, поперекового та крижового відділів спинного мозку (524 нерва і 780 корінців). Препарати виготовлені за методиками Вейгерта—Паля і Рэнсона з підрахунком кількості пучків нервових волокон, вимірюванням за допомогою окуляр-мікрометра їх розмірів.

Результати. Вивчення кількості і розмірів пучків, що містяться в нервових стовбурах, показало, що навіть однойменні нерви на однакових рівнях мають різну кількість пучків нервових волокон. Так, в серединному нерві кількість пучків нервових волокон коливалася на рівні середньої третини плеча від 5 до 22, а на рівні середньої третини передпліччя - від 9 до 28. Аналогічні відмінності у кількості та розмірах пучків відзначені щодо міжреберних нервів: від 1 — 3 до 15— 18 пучків.

Висновки. Ці дані пояснюють мінливість клінічної картини при ушкодженнях та пораненнях одноіменних нервів на однакових рівнях. Отже, дані дозволяють укласти, що для певних нервів характерно властиве їм співвідношення різних аксонів.

А.С. Данилюк О.Ю. Бабійчук

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ

П.С. Жученко (к.мед.н., доц.), Ю.В. Бабійчук (к.мед.н., доц.)

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)-це розповсюжене захворювання, якою страждають близько четверті популяції земної кулі. В США 18% населення мають встановлений діагноз ГЕРХ, в Україні поширеність ГЕРХ серед дорослого населення становить 30%. ГЕРХ не зменшує тривалість життя, але значно знижує показник якості життя пацієнтів. В патогенезі ГЕРХ важливу роль відіграють стан нижнього ставохідного сфінктеру (НСС) та градієнти внутрішньостравохідного та антродуоденального тиску. Порушення балансу тиску в різних відділах шлунково-кишкового тракту відіграє важливу роль в розвитку жовчнокам'яної хвороби, панкреатиту, виразкової хвороби. Наявність інфекційної складової погіршує стан слизової оболонки, сприяє розвитку важких ускладнень: кровотеч, стравоходу Барретта.

Мета: Вивчити цитологічні зміни епітелію нижнього відділу стравоходу, зміни складу жовчі, показники тиску в нижній третині стравоходу та антральному відділі шлунка, клінічні прояви ГЕРХ.

Матеріали та методи: Обстежено 26 хворих з встановленим діагнозом ГЕРХ. Проведено анкетування симптомів ГЕРХ, відеоезофагостроудоскопія апаратом Pentax EPK 100p з вимірюванням довжини стравоходу до НСС, ширини та довжини НСС, вимірювання тиску в нижній третині стравоходу та антральному

відділі шлунку апаратом Stryker Intra Compartmental Pressure Monitor System, цитологічне дослідження з НСС. Всім хворим проведена імерсійна цифрова мікроскопія центрифугованої жовчі з дуоденального відділу кишки (мікроскоп Konus Biogex-3). Жовч центрифугована на лабораторній центрифугі СМ301.

Результати: Цитологічні зміни епітелію НСС діагностовано у 16(62%) з 26 пацієнтів. У 10(38%) хворих відсутні запальні зміни НСС, слизова була представлена плоским епітелієм, у 13(50%) пацієнтів були знайдені лейкоцити на фоні плоского епітелію, що співпадало з ендоскопічною картиною езофагіта. Стравохід у 19(73%) пацієнтів був коротшим за нормальний (40-42 см). У 1(3%) пацієнта діагностовано кандидозний езофагіт. У 2(6%) пацієнтів діагностовано клітини фундального епітелію, що відповідало більш важкій ендоскопічній картині захворювання і вираженій клінічній. У 18(69%) хворих з більш тяжкими формами враження епітелію спостерігався нижчий тиск (11-18 мм.рт.ст.) в нижній третині стравоходу та значно вищий тиск (17-27 мм.рт.ст.) в антральному відділі шлунку. У 22(85%) з 26 хворих в осаді жовчі встановлено мікролітіаз. Коричневі (холестеринові) мікроліти виявлені у 13(50%) хворих, чорні (білірубінові) у 9(35%) з 26 хворих. В осаді жовчі з білірубіновими мікролітами частіше зустрічались лейкоцити, цитоскелети бактерій.

Висновки: Цитоморфологічні зміни епітелію мають прямий зв'язок з важкістю клінічної картини та градієнтами тиску в нижній третині стравоходу та антральному відділі шлунка. Ендоскопічні зміни прямо корелюють з важкістю клінічної картини. У 85% пацієнтів з проявами ГЕРХ в жовчі діагностується мікролітіаз. Білірубінові конкременти переважно зустрічаються у хворих з запальними змінами шлунка та стравоходу.

В. Б. Дашковський

РОЛЬ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра патологічної фізіології

О.М. Мордвінова (ас/)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смертності та інвалідності населення у більшості країн світу. У структурі смертності серед ССЗ перше місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС). Нейрогуморальна модель патогенезу хронічної серцевої недостатності (ХСН) дозволила створити нові терапевтичні підходи в лікуванні хворих цієї патологією. Підвищення локального синтезу гормонів призводить до активації прозапальних цитокінів та протоонкогенів, що володіють цілою низкою негативних ефектів. Це дозволило сформулювати імунозапальну концепцію патогенезу ХСН, згідно з якою збільшення концентрації фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α), прямо корелює з тяжкістю клінічних проявів і активністю нейрогуморального фону при декомпенсації.

Мета: Оцінити патогенетичний вплив фактору некрозу пухлин у розвитку і перебігу ішемічної хвороби серця та серцевої недостатності.

Результати: Фактор некрозу пухлини - позаклітинний білок, багатофункціональний прозапальний цитокін, що синтезується в основному моноцитами і макрофагами. ФНП синтезується як мембранний білок. Після дії специфічної металопротеази, мембрано-зв'язуючий фрагмент відщеплюється і утворюється розчинний ФНП. Механізми впливу ФНП- α при ішемічній хворобі серця є наступні. Він підвищує продукцію колагенази, сприяє регуляції макрофагами активності металоестерази, що промотує міграцію моноцитів, а також експресію інших металопротеїназ з одночасною індукцією процесу проникності базальної мембрани, що призводить до формування атеросклеротичної бляшки. На сьогоднішній день є дані, згідно з якими ФНП- α стимулює синтез і експресію молекул адгезії. Підвищення його рівня збільшує ризик тромботичних ускладнень шляхом активації прокоагулянтної системи. ФНП- α може прямо або опосередковано пошкоджувати ендотеліоцити і дестабілізувати атеросклеротичну бляшку. Механізми впливу ФНП при хронічній серцевій недостатності: - пригнічує скоротливість міокарда, що може бути обумовлено блокуванням β -адренергічних сигналів, змінами гомеостазу внутрішньоклітинного кальцію; - ремоделювання міокарда відбувається внаслідок виділення колагенази ФНП, яка порушує міжклітинні взаємозв'язки між кардіоміоцитами та виникнення інтерстиціального фіброзу; - порушення ендотеліозалежної дилатації артеріол виникає внаслідок порушення синтезу NO ендотеліальною NO-синтетазою та активацією симпатoadреналової та ренін-ангіотензин-альдостеронової систем; - розвиток кардіоміопатій, внаслідок стимуляції процесу апоптозу кардіоміоцитів. На поверхні кардіоміоцитів експресуються "рецептори смерті", при зв'язуванні з якими ФНП індукує процес апоптозу.

Висновки: «Цитокінова» модель патогенезу ХСН та ІХС не суперечить нейрогуморальній теорії, а доповнює уявлення про механізми розвитку серцевої недостатності, ролі цитокінів і, зокрема фактору некрозу пухлин.

Т.І. Дейнека, Д.В. Кириєнко, І.О. Моканюк
ІСТОРІЯ – СВІДОК МИНУЛОГО, СВІТЛО ІСТИНИ, ЖИВА ПАМ'ЯТЬ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гортаючи сторінки історії, важко не звернути увагу на світлі постаті минулого, що крізь сторінки паперу вказують нам шлях та заслуговують бути прикладом для наступних поколінь. Кажуть, що будь-які світлі часи завжди є результатом чіткої наполегливої праці та постійної самовіддачі у минулому.

Мета: Визначити та проаналізувати вклад і роль доктора медичних наук, професора Ципковського В.П. у розвитку вітчизняної судової медицини.

Матеріали та методи: У ході дослідження були опрацьовані дані архіву ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Державного архіву Вінницької області та літературних джерел.

Результати: Аналізуючи розвиток судової медицини на теренах радянського союзу, необхідно зазначити участь професора Ципковського В.П., як одного з провідних спеціалістів державної судово-медичної служби того часу. Ним була створена обласна судово-медична лабораторія з судово-хімічним, біологічним та патогістологічним відділами, а також - музей експертизи. За час роботи у Вінницькому медичному інституті Ципковський В.П. проявив себе як талановитий науковий працівник, завідував клінічними ординаторами і аспірантами, брав активну участь у суспільному житті інституту. З 1952 по 1953 рр. був призначений деканом ВМІ. За час роботи в інституті зумів знов організувати кафедру судової медицини, доклавши чимало зусиль по її забезпеченню науковими посібниками, експонатами і макропрепаратами. З 1950 по 1972 рр. був завідувачем кафедри судової медицини ВМІ. За 20 років роботи у Вінниці Він написав більше 50 наукових праць, монографій, навчальних посібників. Створив при Інституті справжній центр криміналістичної науки і одне із кращих обласних бюро судово-медичної експертизи. У 1972 році наказом ректора почесно відправлений на пенсію з попередньою подякою та медалями.

Висновок: Виходячи з фактів життя та вагомому внеску професора Ципковського В.П. у розвиток судової медицини в радянські часи, вважаю за необхідне внести його ім'я на сторінки історії вітчизняної судової медицини. Оскільки, таку неординарну і цілеспрямовану особистість не можливо стерти з пам'яті навіть плином часу.

Д.М. Дем'янчук, В.О. Яковенко

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ ПОВЕРХНЕВИХ НЕОПЛАЗІЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ВІДЕОІЛСОКОЛОНОСКОПІЇ

Кафедра патологічної анатомії №1

О.Г. Курик (д.м.н., проф.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Проблема колоректального раку стає все більш актуальною в Україні і в світі. Одним із шляхів вирішення проблеми є діагностика коло ректальних поверхневих неоплазій (КПН), які є передраковими утвореннями. Найбільш ефективним для діагностики є використання відеоілкоколоноскопії (ВІКС) з підсиленням ендоскопічного зображення - високою роздільною здатністю, високим збільшенням, дослідженням у вузькосмуговому спектрі.

Методи дослідження. Було проведено дослідження ефективності ВІКС з підсиленням зображення (відеоколоноскоп Olympus EVIS EXERAIII CF-HQ190L) за протоколами колоноскопії і результатами морфологічного дослідження на базі Медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» за 2016р. Проаналізовано дані 374 пацієнтів у віці 19-82 років (середній вік 53 ± 14 років). Чоловіків було 198 (52,8%) у віці 19-79 років (середній вік 52 ± 11 років), жінок – 176 (47,2%) у віці 21-82 років (середній вік 54 ± 13 років). Фіксували всі КПН виявлені під час ВІКС.

Результати і обговорення. У 280 хворих з 374 (75%) були всього було виявлено 1060 КПН. При цьому у 146 чоловіків були виявлені 609 КПН, у 134 жінок – 450 КПН. Відсутня залежність від статі хворих у кількості випадків КПН ($p > 0,1$). Індекс виявлення КПН (кількість виявлених КПН по відношенню до загальної кількості обстежених хворих) у всій групі обстежених хворих склав 2,86. Цей показник у групі чоловіків склав 3,26, у групі жінок - 2,44, різниця статистично достовірна ($p < 0,05$). У групі чоловіків кількість КПН у одного пацієнта вірогідно вища ніж у групі жінок. КПН достовірно частіше (76%) локалізувалися у лівій частині товстої кишки ($p < 0,01$). У 67% хворих були діагностовано папілярно-тубулярні неоплазії, у 43% – зубчасті неоплазії. При чому у 33% хворих спостерігалось одночасне виявлення папілярно-тубулярних і зубчастих неоплазій у одного хворого. Зі всіх 1060 КПН у 659 (63%) випадках діагностовано папілярно-тубулярні, у 401 (37%) – зубчасті неоплазії. Папілярно-тубулярні неоплазії зустрічалися достовірно частіше зубчастих неоплазій ($p < 0,01$; Відношення шансів 2,73).

Висновки ВІКС у режимах високого збільшення, вузькосмугового дослідження є ефективною у виявленні

КПН. КПН частіше зустрічалися у лівій половині товстої кишки. Папілярно-тубулярні неоплазії зустрічалися достовірно частіше зубчастих неоплазій.

А.В. Дениско, Б.В.Плотиця

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ ТА ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Кафедра гістології

О.І.Макарова (к.мед.н., ас.), С.Ю.Макаров (асп.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними вітчизняної медичної літератури atopічний дерматит (АД) діагностується у 881,5 випадків на 10 000 населення. Дана патологія негативно впливає на якість життя та загальний стан дитини, а також є фактором ризику виникнення atopічного маршу. Розуміння основних патогенетичних механізмів є запорукою ефективного лікування даного захворювання та профілактики можливих побічних ускладнень.

Мета: дослідити сучасні погляди на етіологію, патогенез та основні принципи лікування atopічного дерматиту.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій у базі даних Pubmed, Medscape, World Allergy Organization.

Результати: відповідно до даних сучасної медичної літератури, АД – це генетично детерміноване захворювання, в основі якого лежить порушення бар'єрної функції епідермісу. За даними літератури, 80% дітей, що страждають на АД, мають обтяжений анамнез. Однією з ключових ланок в патогенезі є генетична мутація гена філагрину. Філагрин – це структурний білок шкіри, який специфічно взаємодіє з проміжними філаментами – кератинами. Внаслідок цього утворюється матрикс, який є основою для прикріплення ліпідів та білків рогового шару епідермісу. Порушення шкірного бар'єру призводить до підвищення трансепідермальної втрати води, та полегшеної транскутанної пенетрації алергенів, що в подальшому призводить до сенсibiliзації. Підвищення рівня IgE відмічається у 80% пацієнтів, що є причиною розвитку респіраторної алергії та atopічного маршу. Зважаючи на етіологію АД, основою лікування є щоденне застосування емоментів з метою зволоження, пом'якшення шкіри та покращення бар'єрної функції епідермісу. Відповідно до даних клінічних досліджень, такий терапевтичний підхід знижує ризик розвитку АД на 32 -50%. У вітчизняній медицині АД вважається проявом харчової алергії, тому основне лікування, яке застосовується – елімінаційна дієта. Оскільки першопричиною АД є генетична мутація, то такий підхід до лікування є невиправданим. Дієти можуть призводити до нутритивної недостатності та перешкоджати розвитку харчової толерантності у дитини.

Висновок: розуміння етіології та патогенезу проявів АД є необхідною умовою для проведення ефективного та раціонального лікування. Це генетично обумовлена патологія, яка вимагає ретельного догляду за епідермальним покривом і комплексного медикаментозного лікування із застосуванням топічних кортикостероїдів, інгібіторів кальциневрину, антигістамінних препаратів тощо (при наявності показів). Елімінаційна дієта може бути корисною лише в незначного відсотка пацієнтів з АД, в яких наявна супутня харчова алергія, за якої контакт з алергеном може слугувати клінічно значущим тригером загострень.

Н.В. Джевага, О.Я. Авдєєва

РЕВМАТИЧНА ПОЛІМІАЛГІЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.Г.Скорук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними світової статистика частота захворювання коливається 28,6 до 133 на 100 тис. населення старше 50 років з піком в віковим 65-75 років. Починається РП виключно в літньому віці. Примітно, що РП розвивається майже виключно у фізично міцних людей без серйозних соматичних розладів і в 2-3 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків. У США хворіють представники тільки білої раси у віці 50 років і старше з частотою 53,7 на 100 тис, в Швеції. - 28,6 на 100 тис, в Норвегії - 32,8 на 100 тисяч.

Мета: дослідження патоморфології ревматичної поліміалгії

Матеріали та методи: Вивчення матеріалів монографій, наукової літератури, статей у наукових фахових журналах

Результати: Незважаючи на те, що вивченням цього захворювання займаються понад 50 років, його етіологія залишається невідомою. Доведено спадкова схильність до цього захворювання. При HLA-типуювання з підвищеною частотою виявляються алелі HLA-DRB1 * 04 і DRB1 * 01, які служать фактором ризику розвитку РП і ГА(гігантклітинного артеріїту). Що стосується РП, то не виключена роль вірусної або бактеріальної інфекції в її виникненні. Пошуки інфекційного початку виявилися безуспішними: вивчали рівень антитіл до різних вірусів, але пошуки антитіл не привели поки до позитивних результатів.

Патогенез РП залишається загадкою. Безсумнівно участь імунної системи, хоча ні стійких дефектів імунної відповіді, ні специфічних антитіл не виявлено. Відзначається підвищена продукція інтерферону гамма, інтерлейкіну-1 та інтерлейкіну-6. Патоморфологія РП характеризується відсутністю поліорганність, на відміну

від інших дифузних захворювань сполучної тканини.

Незважаючи на назву РП - це системне захворювання суглобів, без будь-яких ознак ураження м'язової тканини. Численні дослідження біоптатів хворобливих м'язів не виявили морфологічних змін. При цьому системному запальному захворюванні сполучної тканини уражаються сполучнотканинні структури тільки періартикулярних тканин і синовіальної оболонки: сухожилля м'язів в місцях прикріплення до кісток, капсула суглобів, сполучнотканинні прошарки м'язів, фасції і т. д. Обов'язковою є розвиток бурситів. Останнім часом доведено наявність синовіту великих проксимальних суглобів у всіх хворих РП. Рідше зустрічається синовіт більш дистальних суглобів. Синовіальна природа захворювання підтверджується такими методами обстеження, як артроскопія, МРТ та сцинтиграфія суглобів. Характерною особливістю синовіту при РП на відміну від РА є більш доброякісний перебіг, відсутність ерозивних змін суглобової кістки, відсутність деформацій суглобів і схильність до мимовільного лікуванню.

Висновки: Ревматична поліміалгія (РП) - системне запальне захворювання неясної етіології, що зустрічається у людей похилого віку, що характеризується болями і скутістю м'язів плечового і / або тазового пояса. Нерідко (в 15%) РП поєднується з гігантоклітинним (скронеvim) артеріїтом (ГА).

О.К. Дідик

ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ВМІСТОМ АКТГ, β -ЕНДОРФІНУ, ЙОНІВ НАТРІЮ І КАЛЬЦІУ У КРОВІ ЩУРІВ ПРИ ГІПЕРНАТРІЄМІЇ

Кафедра фармацевтичної, біологічної та токсикологічної хімії

О.В. Кузнецова (к.б.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: В останні роки великий інтерес викликають продемонстровані в ряді досліджень факти порушення балансу йонів кальцію у людей і тварин при надмірному споживанні хлориду натрію. З огляду на літературні дані про наявність зв'язку між порушеннями натрієвого і кальцієвого обміну при різних захворюваннях, актуальним є комплексне вивчення особливостей метаболізму кальцію і натрію в умовах гіпернатріємії і пошук шляхів корекції цих порушень.

Мета: Вивчити кореляційний зв'язок між вмістом АКТГ, β -ендорфіну, йонів натрію і кальцію у крові щурів за умов гіпернатріємії.

Матеріали та методи: Дослідження проводили на щурах-самцях лінії Вістар масою 200-250г. Догляд за тваринами здійснювали згідно Директиви Європейського Союзу 2010/63/EU про захист хребетних тварин, що використовуються для експериментальних та інших наукових цілей. Методом випадкової вибірки тварин поділили на групи (n=10): 1) інтактні тварини, 2) дослідні тварини, у яких моделювали гіпернатріємія нагріванням у термокамері з температурою повітря +43-+45°C, відносною вологістю повітря 75-85%, концентрацією кисню 20,0-20,5% протягом 1 години. Вміст АКТГ і β -ендорфіну у плазмі крові досліджували радіоімунним методом. Концентрацію йонів натрію та кальцію у сироватці крові вимірювали методом полум'яної фотометрії. Отримані данні обробляли статистично за допомогою t-критерія Стьюдента і коефіцієнт кореляції Пірсона.

Результати: В результаті кореляційних досліджень сильний кореляційний зв'язок ($r=0,91$, $p<0,05$) зафіксований при гіпернатріємії між концентрацією йонів натрію і АКТГ у крові щурів. Між концентрацією йонів натрію і β -ендорфіну спостерігали прямий зв'язок середньої сили ($r=0,62$, $p<0,05$). Також встановлено пряму кореляцію середньої сили ($r=0,65$, $p<0,05$) між концентрацією йонів натрію і кальцію у крові дослідних тварин. Встановлено пряму кореляцію середньої сили ($r=0,59$, $p<0,05$) між концентрацією йонів кальцію і АКТГ. Встановлено пряму кореляцію середньої сили ($r=0,56$, $p<0,05$) між концентрацією йонів кальцію і β -ендорфіну.

Висновки: Отримані результати дослідження свідчать про наявність прямого зв'язку середньої сили між концентрацією йонів натрію і кальцію, β -ендорфіну та концентрацією йонів кальцію і АКТГ у крові дослідних тварин при гіпернатріємії.

В.П. Дмитрієв

СУЧАСНІ ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ

Кафедра нормальної фізіології

І. Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Епілепсія являє собою одне з найбільш розповсюджених нервово-психічних захворювань, займаючи в структурі неврологічної патології 3-е, а в психіатричній 4-е місце серед інших хвороб. Супутні депресивні та інтелектуальні розлади перешкоджають повноцінному відновленню здоров'я пацієнта, незважаючи на досягнуту протиепілептичним лікуванням ремісією судомних нападів, знижують якість життя хворих, сприяють погіршенню працездатності і ускладнюють їх соціальну адаптацію. Тому фізіологічна оцінка

стану центральної нервової системи (ЦНС) та розробка сучасних методів діагностики і лікування епілепсії дозволить більш якісно поєднати експериментальні та клінічні підходи у вивченні даної патології.

Мета: Оцінити фізіологічні аспекти вищої нервової (ВНД) діяльності та генез їх порушень у пацієнтів з епілепсією. Проаналізувати якісні критерії оцінки стану ЦНС та ВНД у означених хворих.

Матеріали та методи: Оцінка стану проблеми згідно сучасних літературних джерел, та їх мета-аналіз, оцінка сучасних критеріїв визначення мнестично-інтелектуального рівня центральної нервової системи у пацієнтів до та під час лікування епілепсії.

Результати: Психодіагностичні методи насамперед мають мету об'єктивізації психічних порушень за їх змістом і ступенем. Психічні розлади оцінюють за допомогою тестів малювання годинника (S.Lovenstone et S.Gauthier, 2001), рахування за Крепеліном (Е.Крепелін, 1895), запам'ятовування і відтворення 10 слів (А.Р.Лурія, 1965), субтесту шкали Девіда Векслера (1955) Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), «відтворення рядів цифр у прямому і зворотному порядку», короткої шкали оцінки психічного стану (MMSE) (М.Ф.Фолстайн, С.Е.Фолстайн, Р.Р.Хьюг, 1975) та ін. Дослідження обсягу і перемикання уваги проводять за методикою відшукування чисел по таблицях Шульте. Ефективне та своєчасне лікування забезпечує до зменшення частки грубого мнестично-інтелектуального зниження, яке все частіше зустрічається при резистентних формах захворювання, і супроводжується збільшенням числа психічних порушень у формі помірних когнітивних розладів. Останні не менш гостро потребують своєчасного виявлення і корекції з метою профілактики наростання мнестичних порушень. Таким чином, на якість життя пацієнта з епілепсією впливають медикаментозна ремісія, його психосоціальна адаптація до свого захворювання і пов'язані з ним обмеження у повсякденному житті, а також наявність або відсутність у хворого афективних розладів.

Висновки: Оцінка показників пам'яті, уваги та інших інтелектуальних здібностей створює можливості ефективного контролю лікування епілепсії та дозволяє більш якісно вивчити механізми нервових порушень при епілептичних розладах і створює передумови для розробки ефективних методів їх діагностики та лікування.

О.М. Добровольська, В.А.Сіренко, М.В. Ковальцова

ЗМІНИ ЕКЗОКРИННОЇ ЧАСТИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА РІВНІ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ 12 І 4 У ЩУРІВ ТА ЇХ ПОТОМСТВА В УМОВАХ ДІЇ СТРЕСУ

Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О. Альперна

О.В. Ніколаєва (проф.), О.О. Павлова (проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: За даними літератури, тривалі фізичні та психологічні навантаження, які перевищують норми, призводять до порушення функціонування окремих органів та систем організму, у тому числі до порушення роботи підшлункової залози (ПЗ).

Мета: Вивчення морфофункціонального стану ПЗ щурів та їх потомства, з'ясування рівня інтерлейкінів 12 (ІЛ-12) і 4 (ІЛ-4) внаслідок дії стресу.

Матеріали та методи: Вивчено морфофункціональний стан ПЗ вагітних щурів, які перебували в умовах хронічного стресу та їх новонароджених, 1-но та 2-місячних нащадків (1 гр.) та стан ПЗ одновікових тварин, які перебували в звичайних умовах віварію (2 гр.). Для оцінки цитокінів у сироватці крові імуноферментним методом за інструкціями визначалися ІЛ-4 за допомогою набору реагентів фірми Вектор БЕСТ (Новосибірськ), ІЛ-12 за допомогою набору реагентів фірми Ani Biotech Oy (Elisa Kit), Finland.

Результати дослідження: При мікроскопічному дослідженні ПЗ щурів, які перебували в умовах хронічного стресу, виявлені: набряк строми (у 100%), виражене повнокров'я сполучної тканини (у 100%), порушення гемодинаміки (розширення і переповнення кров'ю судин з явищами стазу) (у 100%), дистрофічні зміни ядер і цитоплазми (у 40%), активація процесу апоптозу ациноцитів (у 40%), зниження морфофункціональної активності і білково-синтетичних процесів у частині екзокриноцитів (у 100%). У всіх новонароджених щурят мікроскопічно були виявлені зміни в ПЗ, подібні до таких у їхніх матерів. Крім того, у щурят була незрілість паренхіми та строми (у 100%), а активація апоптозу зустрічалася в 2,5 рази частіше, ніж у матерів.

Результати дослідження показали, що рівень ІЛ-12 у щурів-матерів становив $31 \pm 1,6$ пкг (контроль $9,5 \pm 0,4$ пкг), рівень ІЛ-14 складав $1,1 \pm 0,2$ пкг/мл (контроль $1,9 \pm 0,1$ пкг/мл). У нащадків були виявлені такі зміни: у 1-но місячних щурят рівень ІЛ-12 становив $29,9 \pm 0,8$ пкг (контроль $22,2 \pm 0,6$ пкг), а рівень ІЛ-4 – $1,6 \pm 0,09$ пкг/мл (контроль $3,5 \pm 0,1$ пкг/мл); у 2-місячних щурят рівень ІЛ-12 становив $31 \pm 0,3$ пкг (контроль $15,6 \pm 0,9$ пкг), ІЛ-4 склав $3,1 \pm 0,07$ пкг/мл ($3,8 \pm 0,1$ пкг/мл).

Висновки: Таким чином, у всіх вагітних щурів, які перебували в умовах хронічного стресу, та у їх нащадків мають місце морфофункціональні зміни ПЗ, які носять стереотипний характер і проявляються поєднанням дистрофічних і некробіотичних, атрофічних і склеротичних змін, а також посилення апоптозу у клітинах ПЗ. Також було встановлено, що в тварин всіх груп є однакові тенденції зміни рівня цитокінів: істотне підвищення вмісту прозапального ІЛ-12 і зниження – протизапального ІЛ-4. Це свідчить про переважне залучення в патогенез ушкодження ПЗ клітинної ланки імунітету.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що хронічний стрес вагітних щурів є істотним чинником

ризик розвитку органічної патології ПЗ з секреторною недостатністю не тільки у них самих, але і у їх нащадків.

О.М. Добровольська, Н.І. Мар'єнко
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕРХНЕВОЇ СУДИННОЇ МЕРЕЖІ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ

Кафедра гістології, цитології та ембріології
О.Ю. Степаненко (к.мед.н., доц.)
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Морфометрія є обов'язковою складовою частиною сучасних морфологічних досліджень. Морфометричні методи дозволяють отримати об'єктивні, статистично перевірені дані на різних рівнях структурної організації. Для комплексного морфометричного дослідження біологічних об'єктів, що володіють складною деревоподібною структурою, в останнє десятиліття стали застосовувати фрактальний аналіз. Квазіфрактальні біологічні структури, що не піддаються суворому опису в традиційних рамках за допомогою морфометрії, можуть бути описані за допомогою фрактального індексу – показника заповнення простору фрактальною структурою, міри складності її просторової організації. Для визначення фрактального індексу використовується кілька методів. Найбільш простим у застосуванні і зручним для дослідження анатомічних об'єктів є метод розбиття на квадрати, або box-counting.

Мета: дослідити особливості поверхневої судинної мережі мозочка людини із застосуванням фрактального аналізу.

Матеріали і методи: Дослідження проведено на 100 об'єктах – мозочках людини, отриманих у результаті секційних досліджень осіб у віці 20-86 років, які померли від причин, не пов'язаних із захворюваннями мозку.

Результати: Отримані наступні значення фрактального індексу: при магістральному типі будови поверхневої судинної мережі мозочка – $(1,40 \pm 0,01)$, при розсипному – $(1,75 \pm 0,01)$ і при змішаному – $(1,5 \pm 0,01)$. Фрактальний індекс судинної мережі поверхні мозочка в цілому змінюється від 1,31 (мін) до 1,86 (макс); його середнє значення – $(1,521 \pm 0,01)$, середнє квадратичне відхилення – $(0,01)$. Його значення розподілені за нормальним законом. Розподіл значень фрактального індексу за нормальним законом дозволяє охарактеризувати три типи розгалуження судин за допомогою параметрів розподілу: середнє значення і середнє квадратичне відхилення: проміжному типу відповідають значення $(M \pm \sigma)$, магістральному – від $(M-2\sigma)$ до $(M-\sigma)$, розсипному – від $(M + \sigma)$ до $(M + 2\sigma)$. Отримані таким чином значення фрактального індексу: для магістрального типу будови – $(1,39 \pm 0,004)$ (діапазон – від 1,360 до 1,420), при розсипному – $(1,72 \pm 0,016)$ (діапазон – від 1,620 до 1,816) і при проміжному – $(1,52 \pm 0,007)$ (діапазон від 1,421 до 1,619).

Висновки: Таким чином, фрактальний індекс є об'єктивним кількісним показником щільності судинної мережі на поверхні мозочка. Дослідження судинного руслу за допомогою фрактального індексу підвищать точність діагностики судинних патологій мозочка.

І.П. Дяченко, Б.В. Дністрянський
АУДИОГЕННА ТА ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНА МОДЕЛІ ЕПІЛЕПСІЇ. ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ

Кафедра нормальної фізіології
І. Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінниця, Україна

Актуальність: Епілепсія - одне з найбільш поширених важких неврологічних захворювань. У результаті порушення роботи ЦНС виникають епілептичні напади, які супроводжуються судомою та різким порушенням роботи більшості систем організму. Тому створення та використання лабораторних моделей епілепсії є досить актуальним.

Мета: Вивчити фізіологічні аспекти аудіогенної моделі епілепсії на прикладі лабораторних тварин, використовуючи сучасні літературні дані з'ясувати, які чинники можуть збільшити ризики виникнення подібного стану у людини, розглянути можливі методи профілактики та діагностики даної патології. На основі реалізації вище поставленої мети створити електрофізіологічну модель формування епілептичних нападів з контрольованим часом їх підтримання.

Матеріали та методи: Оцінка стану проблеми згідно сучасних літературних джерел, та їх мета-аналіз, реєстрація імпульсної активності нейронів кори та структур гіпокампа у гострому експерименті з використанням мікроелектродної технології, електростимуляція нейронів кори та структур гіпокампа, використання гальванічних методів об'єднання електричної активності мозкових структур, оцифрування аналогових сигналів зареєстрованих показників із наступним зберіганням, обробкою та аналізом.

Результати: Аудіогенна епілепсія у тварин моделюється шляхом ін'єкції пеніциліну у гіпокамп. Стереотаксичні координати гіпокампа визначають за атласом Paxinos, Watson, 1997. Розчин натрієвої солі пеніциліну у дозі 100 ОД об'ємом 1 мкл вводять зі швидкістю 0,5 мкл/хв. Критерієм успішності операції є розвиток у тварин

клонічних судом тривалістю 3 - 5 хв після введення пеніциліну. Летальність тварин після операції відтворення епілепсії становить 5%. У післяопераційному періоді судоми в прооперованих тварин провокують за допомогою звукового впливу гучністю 100 дБ, тривалістю до 2 хв.

Нами запропонована електрофізіологічна модель формування судомних нападів з використанням методики формування штучного гальванічного зв'язку між нейронами моторної кори та полем СА3 гіпокампа у щурів. Після формування гальванічного контакту між означеними структурами, як передвісник різко зростає імпульсна активність нейронів поля СА3 гіпокампа, після чого з експозицією в 8 ± 5 с виникають циклічно повторювані судомні напади, які продовжуються до моменту роз'єднання вище описаного гальванічного контакту.

Висновки: Запропонована електрофізіологічна модель епілепсії характеризується високим ступенем повторюваності та можливістю ефективного контролю початку та закінчення судомних нападів і може бути запропонована як альтернатива аудіогенній моделі. Означений методичний підхід спростить вивчення генезу епілепсії та дозволить розробити більш ефективні методи її діагностики та лікування.

В.Л.Жебелев, Д.А.Єршова
КРИСТАЛОГРАФІЯ СЛИНИ ЯК ПАРАДІАГНОСТИЧНИЙ МЕТОД

Кафедра медичної біології
А.В.Білошицька(к.мед.н.,доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Останнім часом у різних розділах медицини все частіше впроваджуються нові діагностичні технології, в основі яких лежить дослідження мікрморфологічної картини висушених біологічних рідин.

Мета: вивчити варіації у формоутворенні кристалічних агрегатів практично здорових юнаків у віці 15-17 років.

Матеріали і методи. При аналізі даних літератури виявляється, що рівноцінно застосовуються два методи «кристалізації» слини. Перший-випаровування рідини з слини. Другий метод-кристалографічний метод дослідження, застосований на дослідженні форм кристалів, що отримані при дії кристалоутворюючої речовини. За результатами якісної мікроскопії ми виділили 3 групи структуризації слини: 1 група - у центральній (сольовій зоні) препарату визначається єдина структура кристалів з дендритоподібними відростками, що мають тенденцію до злиття між собою. У периферичній зоні 15-20 рівномірних радіальних тріщин. 2 група: у центральній сольовій зоні препарату розрізнені поодинокі хрестоподібні кристали з меншою кількістю дендритних утворень. Периферична зона звужена, має як радіальні тріщини, так і різноспрямовані мілкі тріщини. Вже у білковій зоні починається процес кристалізації. 3 група: у центральній сольовій зоні препарату велика кількість аморфних структур, поодинокі розрізнені відламки кристалів та дендритних утворень. Периферична (білкова) зона вузька, у вигляді смужки з численними, хаотично розташованими тріщинами та кристалоподібними утвореннями. Якісні показники: нерівномірність товщини протягом однієї фігури; асиметрія розгалужень, наявність симетричних та асиметричних відростків: є або немає; стержні без розгалужень з довгими мікрівідростками; асиметрія розгалужень: є або немає; викривлення основного стовбура кристала; кристали з розмитими контурами; зміни деформуючого та деструктивного характеру – розщеплення кінцівки кристала; стовбури без розгалужень, з трикутовими мікрівідростками; хрестоподібні кристали.

Кількісні показники: довжина кристала до місця розгалуження, 0,1 мм; кут розгалуження 90° ; число нащадків розгалужень 1-го, 2-го та інші. порядків, 3 од; ширина кристала, 0,03 мм; асиметрія розгалуження +; довжина кристала, 0,5 мм; кількість мікрівідростків по довжині кристала, 4 од.

Висновки: Кристалографічні методи можуть служити чутливим індикатором функціонального стану не тільки ротової порожнини, але організму в цілому.

Ю.О. Журавська, О.О. Мельник
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ В ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
С.В. Вернигородський (проф., д.мед.н)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діагностика захворювань підшлункової залози є однією з актуальних проблем медицини. Відсутністю патогномічних клінічних симптомів на ранніх стадіях захворювання часто призводить до помилкових діагнозів, особливо щодо хронічного панкреатиту (ХП). Золотим стандартом діагностики фіброзу підшлункової залози (ПЗ) є біопсія, проте певні негативні ускладнення процедури унеможливають використання біопсії в широкій клінічній практиці до оперативного втручання, що мотивує вчених до пошуку нових неінвазивних методів діагностики. Сьогодні серед інструментальних найбільш перспективних методів для клінічного застосування є визначення опору або еластичності тканини ПЗ (еластометрія).

Мета: Провести кореляцію між даними еластометрії та морфологічними змінами у хворих на хронічний панкреатит.

Матеріали та методи : Обстежено 26 хворих, які проходили стаціонарне лікування на базі хірургічного відділення Вінницької центральної районної лікарні, серед них 8 пацієнтів з ускладненим ХП, 12 неускладненим ХП і 6 контрольна група. Пацієнтам було проведено морфологічне дослідження і еластометрію за допомогою «FibroScan» .

Результати: За даними морфологічного дослідження з'ясували, що в пацієнтів з ускладненим ХП ступінь фіброзу підшлункової залози за Stolte (1987) розподілився таким чином: у 6 (75%) пацієнтів була 4 ступінь, а у 2 (25%) пацієнтів був 3 ступінь. При неускладненому ХП 3 ступінь фіброзу був у 7 (58,3%) хворих , 2 ступінь у 4 (33,3%) хворих , 1 ступінь у 1 (8,3%) пацієнта. За даними еластометрії виявлено, що при 1 ступені фіброзу визначається $18,6 \pm 1,8$ КПа, 2 ступені - $19 \pm 1,3$ КПа, 3 ступені - $21 \pm 1,5$ КПа, 4 ступені $23 \pm 1,9$ КПа .

Висновки: Оцінка фіброзу за допомогою апарату «FibroScan» дає можливість використання даного методу не тільки для визначення фіброзу печінки, а й для підшлункової залози. Також було виявлено чіткий позитивний кореляційний зв'язок між даними морфологічного дослідження та результатами еластометрії. Встановлено, що при ускладненому ХП показники фіброзу вище ніж при неускладненому перебігу захворювання.

О.О. Зарицький, І.В. Коваленко

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯ ТРАВМИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Г. К. Палій (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Основним в лікуванні гнійних післятравматичних ускладнень поряд з виконанням хірургічних заходів є застосування антимікробних, протизапальних та стимулюючих репаративні процеси засобів. Тепер відроджується цікавість до застосування антисептиків в медицині, які дозволяють звести до мінімуму інфекційні гнійно-септичні ускладнення. Антисептики переважно використовують для ліквідації збудників гнійно-запальних ускладнень у пацієнтів після травми.

Мета дослідження. Мікробіологічне, дослідження антисептиків у пацієнтів з інфекційними ускладненнями після травми.

Матеріали та методи. Традиційно, застосовували антисептичні розчини горостену[®], декаметоксину[®], декасану[®], діоксидину, хлогексидину, спиртового розчину йоду, розчину фурациліну. Їх антисептичний ефект був обмежений рановою поверхнею. Мікробіологічне дослідження проводили з використанням сучасних загальновідомих методів.

Результати. Антисептики фурацилін, хлогексидин мали вузький спектр протимікробної дії. Діоксидин засовували для санації ран з огляду на його активність відносно полірезистентних аеробних, анаеробних штамів мікроорганізмів. В основі лікувальної, профілактичної дії горостену[®], декаметоксину[®], декасану[®] лежить ушкодження клітинної стінки, мембрани, що викликали осмотичний шок в мікробній клітині, інгибували ферменти дихального ланцюга, призводили до загибелі збудників інфекційних ускладнень. Крім, високої антимікробної активності ГС[®], ДКМ[®], ДС[®] підвищували чутливість до антибіотиків резистентних штамів мікроорганізмів, Встановлено суттєві переваги препаратів декаметоксину[®], горостену[®], декасану[®] в порівнянні з іншими антисептиками.

Висновок. У пацієнтів з інфекційними ускладненнями після травми лікарські антисептичні препарати декаметоксин[®], горостен[®], декасан[®] значно переважають лікувальні, профілактичні властивості мірамістину, діоксидину, фурациліну та інших протимікробних засобів.

А.І. Зінченко

АНАТОМІЯ СПОЛУЧНОТКАНИННОГО ОСТОВУ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ДОРΟΣЛОЇ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. В останні роки у зв'язку з успіхами імуноморфології, пошуками механізмів захисних реакцій організму при різних стресових ситуаціях, гострих і хронічних захворюваннях, пересадках органів і тканин значно зріс інтерес до анатомії лімфатичних вузлів, в тому числі до їх сполучнотканинного остова, його конструкції і змін з віком і при різних станах зовнішнього і внутрішнього середовища. Однак ґрунтовної кількісної оцінки сполучнотканинного остову лімфатичних вузлів з урахуванням вікових змін, статевих особливостей та впливу деяких постійно діючих факторів зовнішнього середовища в цих роботах не проводилось.

Мета. Дослідити анатомію сполучнотканинного остову лімфатичних вузлів дорослої людини.

Матеріали і методи дослідження. Для з'ясування стану сполучнотканинного остову ми проаналізували і порівняли будову шийних, пахвових, верхніх і нижніх трахеобронхіальних лімфатичних вузлів, отриманих від трупів людей, померлих у віці від 17 до 75 років від травм або захворювань, не пов'язаних з ураженням

лімфатичної системи органів кровотворення або відповідних областей тіла, для яких досліджені лімфатичні вузли є регіонарними.

Результати. Таким чином, в лімфатичних вузлах не однаковою локалізації у людей різного віку, поряд з вираженими відмінностями в будові коркового і мозкового речовини та клітинного складу, простежується динаміка в стані сполучнотканинного остову в цілому і окремих його частин (капсула, трабекули). Дуже переконливі також статеві і сезонні зміни сполучної тканини у вузлах.

Висновки. Зрозуміло, елементи сполучнотканинного остову лімфатичних вузлів не так мобільні при різних станах організму і впливах зовнішнього середовища, як їх паренхіма.

В.В. Зленко

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КОРОНАРНИХ СУДИН ПІСЛЯ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Широке використання мобільних телефонів не тільки полегшує нам життя, але і створює ряд проблем і питань, які вимагають найбільш детального вивчення. Серед великої кількості робіт, експерименти, що вивчають вплив електромагнітного випромінювання на серцево - судинну систему майже повністю відсутні.

Мета. Дослідити вплив електромагнітного випромінювання на коронарні судини.

Матеріали і методи дослідження. Після розтину грудної порожнини судини серця наповнювали 35% суспензією барію у 5% водному розчині. Рентген контрастне речовина щільно і рівномірно заповнювало просвіт судин. Потім з органів грудної порожнини знімалася мікроангіограма. Через 21 день після опромінення на мікроангіограмах було видно, що великі судини заповнені контрастним речовиною не щільно. Контури цих судин виглядали розмитими. Ясно помітні тільки розгалуження 1, 2-го і 3-го порядків, все інше поле зору займало велику кількість накладаються один на одного тіней дрібних судин. Іноді спостерігалися розриви і виходження контрастної речовини із судинного русла. При гістологічному дослідженні в міокарді були виявлені великі ділянки з розширеними повнокровними капілярами, геморагіями і гіаліновими тромбами. В інтимі і внутрішньої третини середньої оболонки артерій і вен середнього та великого калібрів посилені метакромазія основного речовини, збільшується кількість аргірофільних волокон. Цим змінам відповідає виражений набряк проміжної і периваскулярної сполучної тканини і численні вогнища дистрофічно змінених м'язових волокон.

Результати. Проведене дослідження показало, що вплив електромагнітного випромінювання протягом 21 дня викликає в м'язі серця щурів, розширення і переповнення кров'ю дрібних (за даними гістології) і дрібних (за даними ангіографії) судин. Стази еритроцитів і гіалінові тромби в розширених дрібних судинах показують, що циркуляція крові в цих зонах міокарда різко порушується. Кількість дрібних судин, що виявляються на мікроангіограмах, значно перевищує контроль. Це збільшення, мабуть, є результатом розширення частини артеріол і прекапілярів, які починає проникати велика частина контрастної маси при заповненні.

Висновки. Таким чином всі ці дані підтверджують припущення про те, що ураження судинного русла міокарда є провідною ланкою в розвитку патологічного процесу, в тому числі судинні зміни і дистрофічні зміни міокарда.

К.О. Зуб

ВНУТРІШНЬОВИДОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАНТІВ БУДОВИ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЇЇ ЗАДНЬОЇ КІНЦІВКИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Внутрішньовидові особливості топографії та розгалуження артерій тазового поясу і вільної задньої кінцівки мають важливе значення для експериментаторів, особливо тих, які займаються трансплантацією кінцівки. Разом з тим, наявні відомості літератури недостатньо повно відображають перераховані вище питання.

Мета. Дослідити внутрішньовидові особливості варіантів будови артеріального русла та їх значення для трансплантації її задньої кінцівки.

Матеріали і методи дослідження. Враховуючи викладене, було зроблено анатомічне дослідження артеріального русла тазового поясу і вільної задньої кінцівки.

Результати. Артерії йдуть вздовж волокон передсердно-шлуночкового вузла, пучка і ніжок, дають артеріоли, обплітають групи волокон і утворюють витягнуті петлі полігональної форми. Загальним принципом будови артеріального русла міокарда є поширене розташування артеріальних мереж і відповідність розташування

судин напрямую пучків м'язових волокон. Залежність просторової орієнтації інтрамуральних судин від напрямку волокон міокарда доведена і це положення в подальшому було підтверджено в багатьох дослідженнях.

Висновки. Результати дослідження артеріального русла тазового поясу і вільної задньої кінцівки можуть бути враховані експериментаторами при підборі тварин до дослідів по її трансплантації та моделюванні різних патофізіологічних станів на цьому органі.

Д.І. Калашников

СТРУКТУРА АКСОМЫШЕЧНЫХ СИНАПСОВ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомии человека

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Вступление. Изучены различные аспекты строения мионевральных соединений позвоночных, однако мионевральные синапсы человека изучены недостаточно вследствие трудности отыскания синапсов в биопсийном материале скелетных мышц для их исследования. Вместе с тем, получение детальных сведений по ультраструктуре нервно-мышечного аппарата и особенно структурных особенностей синапсов в красных и белых мышечных волокнах имеет большое значения при интерпретации функциональных и патологических состояний синапсов.

Цель. Изучение структуры аксомышечных синапсов.

Материалы и методы исследования. Изучены мионевральные соединения *m. palmaris longus*.

Результаты. На гистологических срезах нервномышечный синапс скелетных мышц представляет собой округлое выбухание гранулированной саркоплазмы, содержащее несколько мышечных ядер. Нервномышечное соединение представляет собой сложное образование с ясно выраженными нервной и мышечной частями.

Выводы. Итак, соответственно различным типам мышечных волокон в длинной ладонной мышце имеются три типа аксомышечных синапсов. Особенности иннервации определяют функциональные различия типов мышечных волокон, что выражается в различиях скоростей сокращения красных и белых волокон. Три типа синапсов имеют различное строение. Обнаруженное обилие синаптических пузырьков в аксоплазме синапсов красных мышечных волокон может отражать определенные функциональные возможности контактов данного типа.

М.О. Калганова

МАМИЛЛО-КОРТИКАЛЬНЫЕ ПУТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра анатомии человека

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Вступ. Мамиллярное тело имеет сложные анатомические связи со многими структурами мозга. Посредством переключательных и прямых путей мамиллярное тело находится в тесном взаимодействии с ростральным отделом ретикулярной формации, ядерными образованиями ствола, мозжечком и корой большого мозга. Благодаря большому количеству и многообразию афферентных и эфферентных связей мамиллярное тело можно рассматривать как релейную станцию для путей, идущих из различных структур мозга. Однако данные анатомических исследований о прямых связях мамиллярного тела с новой корой неполны.

Цель. Изучение прямых мамилло-кортикальных связей из медиального ядра мамиллярного тела с прецентральной (поля 4 и 6), постцентральной (поля 1 и 3) и теменной (поля 5 и 7) областями коры головного мозга.

Материалы и методы исследования. Опыты проводились на 5 взрослых крысах с одно- или двусторонним разрушением медиального мамиллярного ядра, его различных отделов – переднего, медиального, заднего и базального.

Результаты. Многочисленные связи медиального мамиллярного ядра с различными структурами мозга могут нести самую разнообразную функцию. Обнаруженные связи к теменной и постцентральной областям, очевидно, несут тормозную функцию.

Выводы. Таким образом, задняя гипоталамическая область устанавливает прямые афферентные связи с двигательной, теменной и постцентральной областями коры, участвуя тем самым в сложных интегративных реакциях мозга. Дифференцированное изучение функциональной роли этих мамилло-кортикальных связей требует специальных исследований.

К.О.Кандимова
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИОННИХ ІНФЕКЦІЙ
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
П.С. Жученко (к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
г. Вінниця, Україна

Актуальність: Погіршення екологічної ситуації в світі, в тому числі і в Україні, дозволяють припустити зростання мутагенних чинників, здатних викликати появу пріонних білків. На сьогодні тільки у Великобританії і Франції число хворих хворобою Крейтцфельда-Якоба становить сотні людей, а число хворих ятрогенною формою хвороби досягає декількох тисяч. Зараження пріонною інфекцією може відбутися при вживанні інфікованого м'яса, використанні гормональних препаратів, пересадці органів і тканин, використання зараженого шовного матеріалу в хірургії. Наявні повідомлення про випадки пріонних захворювань і в Україні (було зареєстровано 6 випадків в Донецькій та Полтавській областях). Групу ризику становить не менше 50% всього людства. Щотижня з'являються відомості про нові жертви пріонних інфекцій, при цьому слід зауважити, що всі форми захворювань інфекційні. Сьогодні хворих осіб, які перебувають в інкубаційному періоді, сотні тисяч, багато з них були і потенційно можуть стати донорами крові, органів і тканин. В Україні немає спеціалізованих установ, які за технічним оснащенням здатні забезпечити як прижиттєву, так і посмертну експрес-діагностику пріонних захворювань.

Мета: Виділити діагностичні критерії для розпізнання пріонної інфекції.

Матеріали і методи: проаналізовано сучасні літературні джерела за 5 років.

Результати: Нейропатогістологічна оцінка змін в головному мозку протягом багатьох років була і залишається основною в діагнозі пріонних хвороб людини. У дослідженні цих захворювань людини бажаний об'єднаний морфологічний, імунітохімічний і молекулярногенетичний підхід. Діагностичні критерії пріонних хвороб засновані на виявленні патогномічних накопичень патологічного білка пріонів PrP (PrP^{Sc}), зростанням кількості білка 14-3-3 в лікворі, типовими змінами на ЕЕГ (електроенцефалограмі) у вигляді трифазних хвиль з частотою 1-2 в секунду та характерні структурні пошкодження центральної нервової системи. Макроскопічно в більшості випадків пріонних енцефалопатій відзначено незначне зменшення маси головного мозку. В окремих спостереженнях має місце виражене, симетричне зменшення маси головного мозку, головним чином, за рахунок атрофії звивин лобових часток, а також звивин мозочка. Нейропатологія пріонних хвороб людини характеризується 4 класичними мікроскопічними ознаками: спонгіоз нейропіля, загибель нейронів, ймовірно шляхом апоптозу, виражений астроцитарний гліоз, супроводжуваний активацією мікроглії, наявність PrP^{Sc} амілоїдних бляшок і депозитів. Зрідка спостерігається: набухання нейронів, нейронофагія, патологія дендритів, некроз і коліквация білої речовини, мікрогліоз, beta-білкова амілоїдна вазопатія.

Висновки: таким чином незважаючи на рідкість пріонних інфекцій необхідно пам'ятати про можливість її маніфестації та, використовуючи наведені макро- і мікроскопічні ознаки та додаткові методи дослідження, діагностувати цю патологію.

Т.О. Казібрід, В.І. Гунас
АЛГОРИТМ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРИНАЛЕЖНОСТІ ДІАТОМОВИХ ВОДРОСТЕЙ В СУДОВО-
МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
В.І. Гунас (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Утоплення – вид насильницької смерті, в основі якої лежить проникнення рідини у верхні дихальні шляхи і легені. При дослідженні трупів, вилучених із води, виникають питання: прижиттєве потрапляння людини у водойму, виявлення причин, які сприяли процесу утоплення. Ще одне питання, що виникає у органів дізнання – виявлення первинного місця утоплення особи. Одним з методів діагностики утоплення, що використовується у відділі речових доказів, у відділенні гістології, у Вінницькому обласному бюро судово-медичної експертизи (ВОБСМЕ), є визначення діатомових водоростей в центрифугаті тканин нирки померлої особи, використовуючи світлову мікроскопію. Наразі існує алгоритм, який включає в себе лише водорості, що можна знайти на території Вінницької області. Тому існує нагальна потреба створити алгоритм, для ідентифікування планктону суміжної з Вінницькою – Хмельницькою областю.

Мета: створити методичну розробку, яка б дозволила пришвидшити процес ідентифікування планктону, що можна виявити у водоймах Хмельницької області, аж до виду, що дозволить покращити якість висновків дослідження судово-медичного експерта.

Матеріали та методи: вивчено основні особливості будови різних систематичних порядків діатомових водоростей, що визначалися на території Хмельницької області, за допомогою спеціальної літератури та огляду препаратів центрифугату ниркової тканини в світловому мікроскопі з подальшим фотографуванням зображення та його аналізом.

Результати: В результаті проведеної роботи створено методичний матеріал у вигляді алгоритму, що значно збільшить продуктивність роботи судово-медичних експертів, а саме ідентифікацію діатомових водоростей на рівні будь якого систематичного порядку. Планується впровадження даного алгоритму для використання у ВОБСМЕ та Хмельницькому обласному бюро судово-медичної експертизи.

Висновки: визначення видової приналежності планктону дає змогу ідентифікувати первинне місце утоплення особи. З огляду на особливості будови досліджуваних організмів, для найбільш зручного користування у практиці, вирішено подати методичний матеріал у вигляді алгоритму-схеми, куди входить: форма стулок, форма кінців стулок, вид шва, вид рисок. Це сприятиме максимально ефективній роботі судово-медичного експерта. Найбільш доцільним було б впровадження даної схеми у електронному вигляді.

Р.О. Картелян, К.В. Коломієць, А.І. Кулик, В.В. Лагода
ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ MATHCAD 14 ДЛЯ АНАЛІЗУ КОЛЬОРУ УШКОДЖЕННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Програма Mathcad / Маткад знайшла широке застосування для обчислення математичних задач в різноманітних наукових дослідженнях. Система РТС Mathcad 14 являється потужним, зручним і наочним засобом опису алгоритмів вирішення математичних задач. Вона настільки гнучка і універсальна, що може надати неоціненну допомогу у вирішенні як найпростіших, так і складних математичних завдань.

Мета: Визначити придатність програми Mathcad для точного обчислення кількості пікселів заданих кольорів при аналізі цифрових зображень травмованої шкіри.

Матеріали та методи: Цифровим фотоапаратом знімали ушкодження разом з кольоровою лінійкою з відстані 30-40 см. Були забезпечені необхідні стандартні умови освітлення об'єкта (1000-2000 люксів). Далі кожне цифрове зображення обробляли у графічному редакторі PhotoshopCS5. Спочатку вирізали 4 фрагменти: власне ушкодження, чиста шкіра, один з кольорів лінійки та білий колір. Ці зображення опрацьовувалися в програмі MathCAD 14. Власне ушкодження та чиста шкіра - оброблялися окремо, білий та помаранчевий кольори лінійки використовувалися для калібрування програми. Кожен елемент матриці у MathCAD являє собою 1 піксель зображення, кожен з яких калібрувався за еталонним кольором з налаштуванням балансу білого, та порівнювався з кольорами RGB. Після цього кожному пікселю надавалось відповідне цифрове значення, що відповідає певному кольору лінійки. Результат отримували у вигляді таблиці Microsoft Excel, дані якої для кращої наочності були переведені у відсоткове співвідношення.

Результати: При співставленні даних комп'ютерної системи MathCAD та наочно визначеного типу забарвлення ми встановили, що дана програма дозволяє досить точно визначати дійсний колір ушкодженої шкіри, незалежно від часу з моменту утворення синця. Причому були відображені відсотки кольорів, які взагалі не були зафіксовані експертами візуально.

Висновок: Використання комп'ютерної системи MathCad 14 для обробки цифрових зображень дозволяє виключити суб'єктивний фактор у встановленні кольору травмованої шкіри. Це значно підвищує інформативність дослідження та об'єктивізує його. Також програма рахує точну кількість пікселів конкретного кольору, що можна використати для знаходження відсоткового співвідношення наявних кольорів – це в свою чергу розкриває масу можливостей для судово – медичних експертів.

Я.А. Католик, Н.В. Гайдуков

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕПІЛЕПСІЇ

Кафедра нормальної фізіології

І. Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Епілепсія - одне з найбільш поширених важких неврологічних захворювань, яке зустрічається в 10 разів частіше розсіяного склерозу і в 100 разів – захворювань опорно-рухової системи. Кількість хворих на епілепсію на планеті складає більше 40-50 млн., в Україні - близько 500 тис.. У результаті епілептичних нападів людина втрачає здатність керувати своїми діями і контролювати фізіологічні процеси, страждає від судом. Сучасні молекулярні та генетичні дослідження, нові можливості нейровізуалізації значно сприяли встановленню причинно-наслідкових зв'язків порушень структури і функції, вдосконаленню діагностики і класифікації, підвищенню ефективності лікування цієї важкої патології.

Мета: Дослідити вплив спадкових факторів та біохімічних показників на появу і розвиток епілепсії, з'ясувати, які чинники можуть збільшити ризики виникнення епілепсії та можливі ускладнень, розглянути методи профілактики, діагностики і лікування даної патології.

Матеріали та методи: Оцінка стану проблеми згідно сучасних літературних джерел, метааналіз літературних результатів.

Результати: Епілепсія - це хвороба, яка виникає в результаті патологічної електричної гіперактивності окремих частин головного мозку, що призводить до періодичних судомних нападів. У більшості випадків епілепсія є вродженою. Її причиною слугують генетичні відхилення: дефекти генів іонних каналів, аномально активна версія генів, які збільшують резистентність до лікарських засобів, а також імунопатологія, підвищення рівня трансфераз, порушення внутрішньоклітинних обмінних процесів, недостатність антиоксидантної системи, інгібування трансмембранного транспорту йонів через дефект тау-протеїна, що призводить до патологічної гіперактивності нейронів. Означені порушення можуть бути побічним ефектом дії фармакологічних препаратів, гіпоксії, тривалої алкогольної або наркотичної залежності, черепно-мозкової травми, новоутворення в мозку, судинних захворювань головного мозку (інсульт, артеріо-венозні мальформації), запальних захворювань (менінгіт, СНІД, вірусний енцефаліт, туберозний склероз), пошкоджень гіпокампа, порушень розвитку та ін.. На сучасному етапі багато дослідників вказують на те, що майже всі види вроджених вад розвитку головного мозку призводять до виникнення епілепсії.

Висновки: Встановлення генетичного пошкодження, яке є причиною епілепсії, та вивчення особливостей пошкодження ЦНС може бути використане з метою експериментального моделювання патологічного процесу на лабораторних тваринах без втручання в геном останніх, а лише з використанням методів хімічного чи електролітичного точкового пошкодження структур мозку, комбінованої електростимуляції та ін.. Означений підхід спростить діагностику та лікування епілепсії генетичного та патобіохімічного генезу.

Н.Г. Квітанова

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ І БУДОВИ НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО КАНАЛУ ЛЮДИНИ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Загальновідомо, що канал нижньої щелепи розташований між двома отворами: вхідна знаходиться на внутрішній поверхні гілки щелепи, а вихідним є підборіддя отвір.

Мета. Дослідити особливості розвитку і будови нижньощелепного каналу людини у внутрішньоутробному періоді.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалом для роботи послужили нижні щелепи з трупів плодів від 16 см довжини до періоду новонародженості. Методика дослідження була такою. Попередньо вени щелепи ін'єктовані контрастною фарбою свинцевими білилами або свинцевої помаранчевої (двостороння дробова ін'єкція здійснювалася через внутрішні яремні вени), після чого проводилися рентгенографія щелеп та препарування. Проводилися фотографування і замальовка об'єктів.

Результати. В періоді ембріонального розвитку щелепа ще незначної величини. Вона представлена кістковою тканиною у вигляді парних пластинок, що утворюють щось, що нагадує жолоб. Інша частина за межами жолоби більш м'якої консистенції. Нижня щелепа плода 35 см від середньої лінії до кута дорівнює 3 див. Щелепа ще більше костеніє; збільшується розмір базальної частини в передньо-задньому напрямку. Далі, якщо описані вище щелепи плодів 16 і 21 см більш плоскі, то починаючи з 35 см відбувається збільшення не тільки у вертикальному, але і в інших напрямках (головним чином передньо-задньому). Це пояснюється зростанням і збільшенням зубних зачатків. Перетинчаста частина альвеолярного краю в сагітальній площині по передній лінії симфізу дорівнює 6 див. Симфіз представлений більш вузьким трикутником. Ще більше ущільнюється базальна частина щелепи.

Висновки. Таким чином, щелепний канал не є простою трубкою, розташованою в товщі щелепи від нижньощелепного до підборідного отвору. Він представляє систему трубок різних діаметрів, що лежать в різному напрямку вздовж нижньої щелепи. Канали, в тому числі і передній нижньощелепний, починаються від різних ділянок і виходять не з одного, а з багатьох отворів щелепи. Множинність венозного відтоку, як показали спостереження, пов'язана з особливостями розвитку щелепи і є визначальним фактором у результаті також і патологічних процесів. З іншого боку, звертає на себе увагу своєрідний пристрій вузлового пункту венозної системи в області підборідного отвору.

Д.В. Кириєнко, В.М. Стульнова, Л.О. Єкеніна

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ЩОДО ВСТАНОВЛЕННЯ ЗАЖИТТЄВОСТІ І ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ УШКОДЖЕНЬ В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Визначення давності утворення механічних ушкоджень тіла людини як у живих осіб, так і у

випадках смертельної травми залишається одним із актуальних та перспективних наукових напрямків судової медицини. У свою чергу судово-слідчі органи вимагають від судово-медичних експертів об'єктивних і точних результатів при проведенні експертних досліджень. Доказова цінність висновків експерта у випадках визначення давності виникнення ушкоджень може бути підвищена не лише за рахунок розроблення, апробації та впровадження нових методів досліджень, а й за систематизації набутих знань.

Мета: Сучасна судово-медична наука накопичила певний матеріал щодо можливості визначення послідовності виникнення ушкоджень за змінами м'яких тканин, внутрішніх органів, цілісності кісток. Доказова база ґрунтується на проявах запальної реакції, післятравматичних змінах тканин, на співвідношеннях елементів окремих ушкоджень, закономірностях їх розповсюдження і т.п. Метою нашої роботи було узагальнити та систематизувати накопичені дані для покращення роботи судово-медичних експертів.

Матеріали і методи: Досліджена вітчизняна та іноземна наукова література з 2007р. по 2017р.

Результати: У ході дослідження було опрацьовано близько 300 різноманітних статей, лекцій, підручників та інших друкованих матеріалів. З усього переліку були вибрані ті, що мають найвищу інформаційну цінність. Для вони були поділені на 2 групи: встановлення давності виникнення ушкоджень на основі загальної дії на організм і за місцевими змінами. Найоптимальнішими методами на сьогоднішній день у першій категорії є: гістологічний, біофізичний, радіометричний, метод інфрачервоної термографії, тоді як у другій - виявлення коефіцієнта теплопровідності синців, коефіцієнту дисперсії електропровідності досліджуваної і нормальної ділянки шкіри, виявлення цитологічних реакцій в вогнищі запалення, ультразвукова діагностика, метод імпедансометрії. Усі статті зібрані нами в єдиний реєстр і створений додаток у формі алфавітного покажчика з назвою статті та вказівкою на метод, що використовувався у дослідженні.

Висновки: Встановлення давності тілесних ушкоджень є одним з найважливіших завдань, що вирішуються судово-медичним експертом в процесі дослідження. При цьому визначення давності синців здійснюється в абсолютній більшості випадків на підставі їх макроскопічної картини (колір, форма, розміри), відповідно до якої, експерт, спираючись на матеріали літератури і дані власного досвіду, виробляє її оцінку. У даному висновку присутній суб'єктивізм, що знижує цінність експертного судження про давність виникнення ушкодження. Дана вибірка статей допоможе судовим експертам обрати найоптимальніший метод або створити новий на її основі.

О.В. Кириченко

МІНЕРАЛЬНА НАСИЧЕНІСТЬ, ОКОСТЕНІННЯ КІСТОК КИСТІ ПІДЛІТКІВ І ЮНАКІВ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. У відомій нам літературі є низка робіт, присвячених вивченню процесу мінералізації скелета з урахуванням вікових змін організму. Однак єдності з цього питання в аналізі результатів досліджень не простежується.

Мета. Аналіз даних з приводу процесу мінералізації скелета з урахуванням вікових змін організму.

Матеріали і методи дослідження. Було вивчено низку робіт, присвячених даній тематиці. Так мінералізація кісток збільшується з віком і досягає максимальної величини до 50— 60 років, а інші автори стверджують, що цей процес збільшується безперервно протягом усього життя. На противагу цьому вважається, що кількість мінеральних солей, починаючи з 16 років, поступово знижується з 1,21 мг/мм³ до 1,14 мг/мм³ до 70 років. Такої ж думки дотримуються інші вчені, які виявили, що остеопороз притаманний всім вікам з юнацьких років і до глибокої старості.

Результати. У той же час М. Н. Павлова і А. Н. Поляків встановили, що наростання процесу мінералізації відбувається від народження до 25-30 років, потім спостерігається відносна стабілізація в періоді від 30 до 45 років і згодом поступове її зниження. Значно розширює діапазон строків відносного сталості мінеральної насиченості кісток О. М. Павловський. Він вважає, що пік мінералізації настає у віці 15-16 років і досить стабільний до 60 років.

Висновки. Отже, можна говорити про те, що процес наростання мінералізації скелета в дитячому та юнацькому віці, який відмічається всіма без винятку авторами, у взятому нами віковому періоді не є плавним, а досить чітко відображає ті функціональні зміни, які відбуваються в організмі підлітка в період включення посиленої діяльності деяких залоз внутрішньої секреції.

Д. Ю. Клак, В. А. Тростенюк

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ДОЛІХОСИГМИ НА ТЕРИТОРІЇ ВІННИЧИНИ В ПЕРІОД 1996-2016 РОКИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.І. Панасюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: До теперішнього часу в проктології не вирішено питання про те, чи слід вважати доліхосигму вадою розвитку товстої кишки або варіантом норми. З одного боку, доліхосигма зустрічається у 15% абсолютно здорових дітей, що дає підставу вважати її варіантом норми. З іншого боку, подовження сигмовидної кишки часто супроводжується органічними і функціональними порушеннями дистального відділу товстої кишки, що змушує думати про аномалії розвитку. Ймовірно, що доліхосигма є своєрідною основою для розвитку клінічної патології.

Мета: Встановити частоту доліхосигми в Вінницькій області (1996-2016рр.) та з'ясувати чи являється подовження сигмоподібної кишки аномалією, чи все ж варіантом норми.

Матеріали та методи: проведено аналіз статистичних даних Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова та розроблено узагальнюючі висновки.

Результати: Виділяють наступні варіанти положення при доліхосигмі: S-подібна (53%), однопетльова (27,8%), двохпетльова (57%), багатопетльова (9,9%). Доліхосигма - аномалія будови сигмовидного відділу товстої кишки, яка полягає в його подовженні без зміни діаметра просвіту і товщини стінок. Подовжена кишка при цьому часто має підвищену рухливість, що супроводжується порушенням формування і пасажу калових мас. При морфологічному дослідженні стінок кишки виявлено структурні порушення, обумовлені кишковим стазом і хронічним запаленням: склеротичні зміни брижі, гіпертрофія м'язових волокон, міофібрози, ураження інтрамуральних нервових гангліїв, дистрофія слизової оболонки. Таким чином, в стінці кишки при доліхосигмі мають місце вторинні дегенеративні зміни, що призводять до порушення її моторної функції. Проводилися електроміографічне дослідження з метою вивчення моторики сигмоподібної кишки, результати засвідчили значні порушення моторної функції сигмоподібної кишки при вродженому подовженні, виражених переважно в дистальній частині. Ослаблення моторики дистального відділу супроводжується в перший час компенсаторним посиленням діяльності верхніх відділів, що іноді обумовлює вторинну дилатацію просвіту кишки, лімфогістіоцитарну інфільтрацію, дистрофію епітелію слизової оболонки, розширення лімфатичних щілин, зморщування ядер, вакуолізація.

Висновки: Дослідивши статистичні дані за 20 років по Вінницькій області, ми дійшли висновків: найбільше зареєстрованих пацієнтів спостерігалось в 2014 році; вікова категорія доліхосигми становить більше 40 років в незалежності від статі, проте саме захворювання зустрічається частіше серед жінок. В середньому у 21% пацієнтів за останні 20 років суміжно в діагнозі зустрічаються ушкодження ШКТ, а саме: дивертикули, виразки, завороти кишок, синдроми подразливого кишківника та інші. Посилаючись на деяких дослідників і статистику можна з впевненістю сказати, що доліхосигма являється варіантом норми, проте саме вона в майбутньому викликає хвороби, спричинені копростазом, обстипацією, метеоризмом та загальною інтоксикацією, що вторинно погіршує стан стінки сигмовидної кишки, дилатуючи її.

Л.І. Кобилянська

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ НЕРВОВОГО АПАРАТУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У БЛИХ ЩУРІВ ПІСЛЯ ГОНАДЕКТOMІЇ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Відомо, що порушення гормонального балансу можуть призводити до розвитку виражених функціональних змін в різних відділах нервової системи. В даний час детально простежені особливості порушення структури нервових волокон і чутливих нервових закінчень під впливом естрогенних і андрогенних гормональних препаратів.

Мета. Завданням даного дослідження було вивчення змін нервового апарату передміхурової залози, що виникають після виключення специфічного гормонального впливу з боку статевих залоз в результаті гонадектомії.

Матеріали і методи дослідження. Експерименти проведені на статевозрілих безпородних щурах-самцях вагою 160-180 г. Видалення статевих залоз здійснювалося за стандартною методикою. Було проведено дві серії дослідів.

Результати. Видалення статевих залоз без проведення в подальшому специфічної гормональної терапії швидко призводило до появи виразних ознак структурних змін всіх основних компонентів нервового апарату передміхурової залози. Вже на 3-5-ту добу у складі вегетативних гангліїв простати з'являлися нервові клітини,

різко окрашиваючися солями срібла. Їх контури були нерівними, ядро зміщувалося до периферії, а відростки виглядали розтягнутими. Це свідчило про глибокої деструкції таких нейронів. На всіх етапах експерименту не було виявлено будь-яких даних, які могли б свідчити про деструкції або ж атрофії вивчалися клітин і нервових волокон.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про виражений вплив гонадектомії на структуру нервового апарату передміхурової залози. Реактивні та деструктивні зміни периферичних вегетативних нервових клітин, нервових волокон і їх закінчень виникають і розвиваються паралельно посткастраційній інволюції паренхіми і стромі передміхурової залози.

А.В. Ковальчук
РОЛЬ ЕНДОТЕЛІНУ-1 У РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра патологічної фізіології

Л.О. Яровенко (ас., к. біол. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними статистичного аналізу розповсюдженості серцево-судинної патології в Україні на 100 тис населення України припадає приблизно 56274 хворих на патологію серцево-судинної патології різного генезу (Ткач Л.А, 2013). Тому більш детальне вивчення етіологічних і патогенетичних особливостей виникнення патологій серцево-судинної системи дасть змогу зменшити смертність, а більш рання діагностика підвищить ефективність лікування даних захворювань.

Мета: вивчити патогенетичну роль ендотеліну у виникненні і прогресуванні патологій серцево-судинної системи та доцільність використання його як діагностичного маркера для оцінки тяжкості стану хворого та ефективності проведеного лікування.

Матеріали та методи: опрацювання та реферування наукових сучасних наукових літературних джерел по даній тематиці, його детальний аналіз та узагальнення результатів.

Результати: Найбільш дослідженим серед сімейства ендотелінів є ендотелін-1 (ЕТ-1). Доведено його роль у патогенезі наступних захворювань: атеросклероз, гіпертензія малого кола кровообігу (АГ), гіпертонічної хвороби, аритмій, гострого інфаркту міокарда, серцевої недостатності, гострих порушень мозкового кровообігу. ЕТ-1 володіє вазоконстрикторною дією (у 10 раз потужніший за ангіотензин 2), тому сприяє стійкому звуженню судин з розвитком АГ, атеросклерозу. Також ЕТ-1 сприяє дестабілізації покриття атеросклеротичної бляшки, індукує проліферацію гладком'язових клітин та агрегацію тромбоцитів, що призводить до подальшої прогресії захворювання. За рахунок деструктивного впливу на міокард та ремоделювання його структури після альтерації призводить до розвитку серцевої недостатності. Схожим є механізм виникнення (АГ) і гіпертонічної хвороби: вазоконстрикція, активація окислювальних процесів з розвитком оксидативного стресу, підвищений синтез молекул адгезії (Попова А.А., Березикова Е.Н., 2010). Однак, на даний момент, недостатньо вивченими залишається роль ендотеліну-2, 3. Не менш важливими є результати скринінгу рівня ЕТ-1 в сироватці пацієнтів. З літератури відомо (Авраменко І.Ю., 2010), що при вроджених вадах серцево-судинної системи рівень ендотеліну в ранньому неонатальному періоді знижений, при гіпертензії малого кола кровообігу відзначали незначне підвищення його рівень, на початкових стадіях розвитку та під час загострень хвороб - істотне підвищення.

Висновок: Таким чином, ендотелін-1 використовують, як маркером ефективності лікування та прогнозу тривалості життя: чим вищий його рівень - тим менш сприятливий прогноз. Тому він є важливим показником у діагностиці патологій серцево-судинної системи, оскільки проявляє велику кількість ефектів, що сприяють прогресуванню захворювання.

С.Д. Кованцев, Н.А. Мазурук

ВАРИАНТЫ ФОРМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Кафедра анатомии человека

О.В. Белик (к. мед. н., доц.)

Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николая Тестемицану,

Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается увеличение количества операций на поджелудочной железе. Во многом это связано с уменьшением послеоперационной смертности и числа возникающих осложнений в ходе и после проведения вмешательств. Знание вариантов анатомии данного органа поможет избежать некоторых необратимых некротических изменений органов брюшной полости. Согласно классификации А.В. Мельникова (1921) выделяют 3 типа формы поджелудочной железы: вытянутый (орган расположен на уровне одного позвонка); Г (L) – образный (орган согнут под углом); Л – образный (изогнутость напоминает русскую букву «Л»).

Цель. Изучение индивидуальной анатомической вариабельности формы поджелудочной железы.

Матеріали і методи. Исследование проводилось на органокомплексах на кафедре анатомии Государственного медицинского и фармацевтического университета им. Николая Тестемицану. Изучены 30 поджелудочных желез пациентов, чья смерть не сопровождалась изменениями со стороны органов желудочно-кишечного тракта. Органы были фиксированы в 10% растворе формалина и отпрепарированы макроскопическим методом. Полученные данные анализировались методом описательной статистики, с использованием программ Excel, SPSS 23.

Результаты. Согласно классификации форм поджелудочной железы по Мельникову, вытянутая форма на уровне одного позвонка нами выявлена в 10 случаях (50%); Г (L) – образная (орган согнут под углом) наблюдалась в 4 случаях (20%); в 5 случаях (25%) поджелудочная железа имела изгиб, в виде буквы «Л». В одном случае (5%) был обнаружен орган под видом буквы «М», который не подходил ни под одну из форм данной классификации.

Выводы. Хирургические манипуляции на поджелудочной железе относятся к сложным процедурам абдоминальной хирургии, которые требуют от хирурга знания вариантной анатомии органов данной области.

О.А. Козак

ОСОБЛИВОСТІ КОЛОНІЗАЦІЇ МІКРОФЛОРИ РІЗНИХ ТИПІВ ПОВЕРХОНЬ ГРОМАДСЬКОГО ТРАНСПОРТУ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Н.І.Ткачук (к.мед.н., доц.)

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені

І.Я.Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Актуальність: Багато людей щоденно користуються громадським транспортом і під час поїздки залишають на транспортних поручнях свою власну мікрофлору рук. Таким чином відбувається контакт – побутовий шлях передачі мікроорганізмів.

Мета: Дослідження мікрофлори поверхонь поручнів, де пасажирів найбільше торкаються руками, проведення морфологічної, тинкторіальної та культуральної ідентифікації виділених мікроорганізмів для встановлення видової належності.

Матеріали і методи дослідження: Дослідження для визначення контамінації умовно –патогенними та непатогенними мікроорганізмами проводили в декілька етапів.

У перший день стерильними тампонами, попередньо змоченими у фізіологічному розчині, робили змиви з різних місць тролейбусів та маршруток: крісла, поручні, місця біля вікон і навіть стінки транспортних засобів. Змиви проводили всіма сторонами ватного тампона, прокручуючи його протягом 1-2 хв. Після цього тампон поміщали у стерильну пробірку та доставляли у лабораторію. Час від взяття змивів та проведення посівів на поживні середовища був максимально коротким – 30-50 хв. Посіви проводили на чашках Петрі зі стерильними середовищами Ендо, кров'яний МПА, ЖСА, Сабуро. Кожну із них маркером ділили на 4 сектора та відповідно позначали. Потім лише однією стороною тампона, яким робили змиви, проводили посів на секторі кожного середовища та поміщали в термостат на 18-48 год (для грибів) при оптимальній температурі. Після інкубації у термостаті оцінювали ріст мікроорганізмів на середовищах: форма, колір, величина колоній, характер їх поверхні та країв. Далі робили мазки з колоній певного виду, фарбували за методом Грама та мікроскопували їх.

Результати: За результатами мікроскопічного дослідження виявлено: а) грам – негативні монобактерії із заокругленими кінцями, (з лактозо – позитивних колоній на середовищі Ендо); б) грам – позитивні коки (тетракоки, мікрококи, сарцини); в) грам –позитивні стафілококи (β – гемоліз на КМПА та позитивна лецитовітелазна реакція на ЖСА), г) грам – позитивні коки овоїдної форми, які викликали α – гемоліз та β – гемоліз (ентерококи); д) грам-позитивні монобацили та стрептобацили (антракоїди); е) грам – позитивні круглі та овальні клітини різної величини, що здатні утворювати псевдоміцелії та розміщені великими скупченнями (гриби роду *Candida* із середовища Сабуро);

Висновки: Дослідження довели, що на поручнях, кріслах та стінках громадського транспорту знаходяться різноманітні непатогенні та деякі види патогенних мікроорганізмів. Серед них: *St.aureus*, *E.coli*, гемолітичні стрептококи, ентерококи, лактозо – негативні ентеробактерії, спорозносні мікрококи та стрептобацили (антракоїди), гриби з роду *Candida*. Наявність такої мікрофлори на руках пасажирів свідчить про можливість передачі збудників кишкових інфекцій, які передаються фекально - оральним шляхом та умовно – патогенної флори, яка може бути причиною гнійно- септичних процесів.

П.О. Козейчук
ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН ПУЛЬПИ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ

Кафедра анатомії людини
Д.М. Шиян (к.мед.н., доц.)
Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна

Вступ. Відомо, що розвиток зуба починається приблизно на 6-му тижні внутрішньоутробного життя. На цьому етапі епітелій порожнини рота складається з двох шарів, представлених різними клітинами. Після 6-го тижня внаслідок швидкого розмноження деяких клітин базального шару відбувається потовщення епітелію, що отримало назву «зубна пластинка» і є праобразом емалевого органу. На 8-му тижні ембріонального періоду можна спостерігати початок утворення зубного сосочка, який представляє собою скупчення сполучної тканини і в майбутньому перетвориться в зубну пульпу.

Мета роботи. Метою нашої роботи є вивчення вікового зміни нервів пульпи постійних зубів.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалом для морфологічних досліджень служила пульпа віддалених без карієсу 39 зубів людей різного віку.

Результати. Нервові структури пульпи зуба виявляли за методом Більшовського-Гросса. Декальцинація зубів для цього спеціального дослідження проводилася рідиною Ебнера. В результаті досліджень нам вдалося встановити визначені закономірності нормальних симпатичних і чутливих нервових структур пульпи зубів. У пульпі зубів людей молодого віку з повністю сформованими коренями зубів - густа і складна нервова мережа: пучки нервових волокон, розташованих поблизу кровоносних судин, обплітають їх у вигляді спіралей. Нервові волокна мають закінчену мієлінізацію. У пульпі зубів людей зрілого віку зберігається та ж топографія нервової мережі, однак визначаються зміни структури нервів. Збільшення кількості волокон, і їх випрямлення. З другого періоду зрілого віку відзначені дегенеративні зміни нервових закінчень, що проявляються у розпаді складних кустиковидних формувань.

Висновки. Таким чином, по мірі завершення формування верхівкового отвору, нервова система пульпи ускладнюється за рахунок збільшення кількості нервових волокон - формування полівалентних паутиноподібних рецепторів. З віком розвиваються виражені структурні зміни, деформація.

К.В. Коломієць, Р.О. Картелян, А.І.Кулик, В.В. Лагода

СУДОВО-МЕДИЧНА ДІАГНОСТИКА СИНЦІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ТЕХНОЛОГІЧНИХ СИСТЕМ ОБРОБКИ КОЛЬОРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Найпоширенішим способом діагностики синців є візуальний. Такий метод хоч і зручний, не потребує додаткових пристроїв, затрат, але недостатньо об'єктивний, оскільки оснований на суб'єктивному кольоросприйнятті людини. Помилки, що при цьому виникають - недопустимі, оскільки впливають на остаточні висновки судово-медичного експерта. Для вирішення цієї проблеми світ новітніх технологій розкриває широкі можливості.

Мета: Визначення можливості використання технологічних систем обробки цифрових зображень для судово-медичної діагностики синців.

Матеріали та методи: Цифровим фотоапаратом знімали ушкодження разом з кольоровою лінійкою з відстані 30-40 см. Були забезпечені необхідні стандартні умови освітлення об'єкта (1000-2000 люксів). Далі кожне цифрове зображення обробляли у графічному редакторі PhotoshopCS5. Спочатку вирізали 4 фрагменти: власне ушкодження, чиста шкіра, один з кольорів лінійки та білий колір. Ці зображення опрацьовувалися в програмі MathCAD 14. Власне ушкодження та чиста шкіра - оброблялися окремо, білий та помаранчевий кольори лінійки використовувалися для калібрування програми. Кожен елемент матриці у MathCAD являє собою 1 піксель зображення, кожен з яких калібрувався за еталонним кольором з налаштуванням балансу білого, та порівнювався з кольорами RGB. Після цього кожному пікселю надавалось відповідне цифрове значення, що відповідає певному кольору лінійки. Результат отримували у вигляді таблиці Microsoft Excel, данні якої для кращої наочності були переведені у відсоткове співвідношення.

Результати: При обробці кольорових зображень травмованої шкіри були визначені критерії діагностики синців, а саме площу, тип забарвлення, співвідношення жовтого, червоного та пурпурового кольорів, коефіцієнт D, набряк. На підставі вивчення цих критеріїв були визначені часові інтервали за якими можна встановити давність виникнення синця, а саме: до 5 хв.; 5хв.-1год.; 1-6 год.; 6-24 год.; 24-48 год.; 48-72 год.; 72-144 год.; 144-216; більше 216 год.

Висновки: Даний спосіб використання технологічних систем обробки цифрових зображень можна використовувати для визначення давності ушкодження для судово-медичної діагностики синців.

В.Ю. Коноваленко, М.-Ю.І. Петришина
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРОТЕЛІАЛЬНОГО РАКУ В ПАЦІЄНТІВ СТАРШЕ 80 РОКІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.І. Панасюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак сечового міхура (PCM) за частотою виникнення займає 7 місце у світі. Число випадків збільшується з кожним роком, так в Україні рівень захворюваності сягає 12,96 випадків на 100 000 чоловіків та 1,73 на 100 000 жінок. Основна вікова категорія 60-70 років, що, ймовірно, пов'язано з основними факторами ризику: тютюнопаління, професійними шкідливостями і т.д. Однак, існує мало даних про другий пік випадків захворюваності, який зареєстровано у пацієнтів старше 80 років, зокрема, про патанатомічну характеристику захворювання цієї вікової категорії. Саме тому, актуальність роботи полягає в дослідженні гістологічних особливостей PCM у популяції пацієнтів старше 80 років з вперше встановленим діагнозом.

Мета: Проаналізувати дані світової літератури щодо частоти виникнення PCM у літніх пацієнтів ≥ 80 років. Визначити основні гістологічні особливості раку сечового міхура у пацієнтів старше 80 років з вперше встановленим діагнозом та порівняти з гістопатологічними особливостями раку інших груп пацієнтів за період 2006-2016 рр.

Матеріали і методи: Досліджено гістологічний тип, стадію, ступінь судинної, м'язової інвазії, періневральної та лімфоваскулярної вторгнення відповідно до актуального видання Класифікації TNM (2009). Аналіз даних проводили на основі морфологічних описів резекцій, біопсій та цистектомій. Кількісні показники опрацьовували математично-статистичним методом.

Результати: Аналізуючи дані першого діагнозу 132 пацієнтів (104 чоловіки та 28 жінок) старше 80 років, було виявлено 0,8% - папілярний рак з низьким злоякісним потенціалом (PUNLMP), 37,86% - неінвазивна папілярна карцинома (pTa), 25,07% - пухлина, що поширюється на субепітеліальну сполучну тканину (pT1), 31,1% - пухлина, що інвазує м'язовий шар (pT2), 3,03% - пухлина, що поширюється на паравезикальну клітковину (pT3), 2,24% - наявна пухлинна інвазія в прилеглі органи (pT4). Окрім того, періневральної інвазії і лімфоваскулярної вторгнення спостерігались у 4 (3,03%) та 15 (11,37%) зразків відповідно. Потенціал розвитку важко оцінити у цій групі осіб, оскільки вони не отримують увесь спектр лікування та мають серйозні супутні захворювання.

Висновки: Порівнявши досліджені гістологічні варіанти раку з аналогічними показниками інших вікових груп, виявлено відмінність від пацієнтів у віці до 40 років і навіть від більш типової групи – пацієнтів 60-70 років. Відмінні патологічні риси проявлялись у зменшенні кількості папілярного раку з низьким злоякісним потенціалом (PUNLMP) у порівнянні з віковою групою 60-70 років, а також кардинальне збільшення частоти виявлення пухлин, що інвазують м'язовий шар (pT2) – 31,1% в порівнянні з показниками пацієнтів віком до 40 років – 7%. Висока частота інвазії в лімфатичні та кровоносні судини (11,37%), а також відмінність від даних інших вікових груп підкреслює важливість особливого підходу до діагностики та лікування пацієнтів літнього віку.

В.О. Коршунова

**МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ
МІЖРЕБЕРНИХ НЕРВІВ В ПОЛЯРИЗОВАНОМУ СВІТЛІ**

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. У зв'язку з запитом практичної медицини очевидна і актуальність з'ясування кровопостачання міжреберних нервів. Вивчення особливостей розгалуження судин всередині міжреберних нервів може було використано для розробки методів анестезії при внутрішньогрудних операціях, при виборі методів і форм операційних розрізів, при проколах нервів, а також при оцінці клінічних симптомів різних патологічних процесів. У літературі є досить докладні відомості про джерела та особливості кровопостачання нервів, але зовсім не вивчені судини нервів тулуба, в першу чергу, стінок грудної клітки.

Мета. Дослідити методику дослідження васкуляризації міжреберних нервів в поляризованому світлі.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом нашого дослідження слугували міжреберні нерви, взяті від препаратів плодів і новонароджених дітей. Останні ін'єктовані водною суспензією чорної морозостійкого туші, розтертим в гліцерині і розведеним водою порошком сурику, а також різним свинцевими фарбами. Надалі готувалися тотальні просвітлені препарати ізольованих міжреберних нервів, а також нервів з підлеглими тканинами і утвореннями.

Результати. Аналіз заснований на явищі подвійного променезаломлення поляризованого світла, яке відбувається в анізотропних елементах досліджуваного матеріалу.

Висновки. Проведені дослідження дають підставу прийти до висновку, що поляризаційна мікроскопія судин

міжреберних нервів дає можливість чіткіше і контрастніше спостерігати взаємозв'язок артеріальних судин зі структурою нервів та їх оболонок.

Д. В. Котков, А. О. Дудар
**ДОСЛІДЖЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ *HELICOBACTER PYLORI* ДО
АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
А.О. Новицький (к.мед.н.)

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

Актуальність. Бактерії *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) є найбільш поширеним етіологічним фактором гастритів та виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки (ДПК), а також асоційована з розвитком раку та MALT-лімфоми шлунку. Загальним стандартом в лікуванні пацієнтів з патологією, асоційованою з цим патогеном, є терапія, що включає комбінацію антимікробних засобів. Проблема резистентності *H. pylori* до сучасних антихелікобактерних схем лікування набуває все більшого масштабу. ВООЗ віднесла в категорію високого пріоритету пошуки подолання антибіотикорезистентності даного мікроорганізму.

Мета дослідження – визначити чутливість клінічних штамів *H. pylori* до антибактеріальних препаратів, що використовують в ерадикаційній терапії.

Матеріали та методи. Визначення чутливості 78 клінічних штамів *H. pylori* до кларитроміцину, амоксициліну, тетрацикліну, левоміцетину, офлоксацину, фуразолідону та цефтріаксону з використанням готових комерційних дисків (НИЦФ, Санкт-Петербург, Росія та OXOID Ld, Великобританія) проводили на середовищі Мюллера-Хінтона (bioMérieux, Франція) із додаванням 5% дефібрінованої овечої крові. Для дослідження чутливості штамів до метронідазолу використовували метод послідовних двократних розведень в агарі. Чашки інкубували при 37° С протягом 7 днів у мікроаеробному інкубаторі. Культури мікроорганізмів, що виростили, ідентифікувались за морфологічними, тинкторіальними, культуральними, біохімічними властивостями загальноприйнятими методами згідно з Визначником бактерій Берджи (1997).

Результати. Доведено, що серед клінічних штамів *H. pylori* значна кількість виділених культур була чутлива до амоксициліну (98,7%), тетрацикліну (94,9%) та офлоксацину (93,6%). Середні значення діаметрів зон затримки росту (мм (M±m)) для них склали відповідно 28,4±4,1; 27,6±4,2; 24,8±4,1. Однак, до засобів, які входять до найбільш поширених схем антихелікобактерної терапії виявлено значну кількість резистентних штамів (10,3-57,7%). Так, стійкі штами хелікобактерів виявили до кларитроміцину (11,7%), левоміцетину (20,3%), фуразолідону (27,9%) та метронідазолу (57,3%). Виявлено, що із всіх досліджених штамів *H. pylori*, 50 штамів (64,1%) виявили чутливість до всіх препаратів; 14 штамів (17,9%) були резистентними до одного з препаратів, 8 штамів (10,3%) – до двох препаратів, 4 штами (7,6%) – до трьох препаратів. Найчастіше резистентність *H. pylori* до амоксициліну поєднувалась з резистентністю до метронідазолу (5 штамів), а 6 штамів проявляли поєднану стійкість до метронідазолу з кларитроміцином. Найчастіше резистентність *H. pylori* до амоксициліну поєднувалась з резистентністю до метронідазолу (5 штамів), а 6 штамів проявляли поєднану стійкість до метронідазолу з кларитроміцином.

Висновок. На сучасному етапі амоксицилін, тетрациклін та офлоксацин залишаються ефективними антихелікобактерними препаратами і є ефективними засобами у боротьбі з хелікобактер-асоційованими захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

А.М. Коханець

ДИРОФІЛЯРІОЗ

Кафедра медичної біології

Г.І. Шевчук (доц., к.мед.н)

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

Актуальність: Найбільше поширення в світі мають *Dirofilaria repens* та *Dirofilaria immitis*, які є облигатними паразитами сімейств собачих і котячих. Саме ці дирофілярії спричинюють абсолютну більшість випадків захворювання і у людини. Так, за останні роки рівень захворюваності людей на дирофіляріоз в Україні нестримно зростає. Поширення дирофіляріозу зумовлене не тільки епідеміологічними особливостями, а й низькою інформованістю медичних працівників, тому при наявності таких пацієнтів лікування проводиться не за профілем.

Мета: Привернути увагу до даної проблематики. Дослідити поширеність захворювань на дирофіляріоз в Україні та за її межами. Дізнатись про можливі способи діагностики та профілактики, новітні методи лікування даного захворювання.

Матеріали та методи: Проведено збір дослідницького матеріалу і його аналіз. Було опрацьовано наукові видання, статті з медичної паразитології, статистичні данні. Підбрано відповідні ілюстровані матеріали.

Результати: У результаті опрацювання відповідних матеріалів було визначено механізм, шляхи зараження та

причини поширення дирофіляріозу. Розглянуто етіологію, епідеміологію збудника його патогенетичну дію, основні клінічні форми захворювання та методи діагностики. Є відомості про новітні методи лікування нематодних інвазій згідно наукових досягнень Нобелівських лауреатів (Вільям Кемпбелла і Сатоші Омура) з фізіології та медицини за 2015 рік. Досліджено статистичні дані захворюваності на даний гельмінтоз в Україні та світі. Дану інформацію подано у вигляді діаграм. Досліджено засоби профілактики та їх роль у поширенні захворювання.

Висновки: Дирофіляріоз в Україні, як і в різних країнах Європи, Азії, Африки, залишається актуальною проблемою, що обумовлено зростанням захворюваності тварин і людей на цей гельмінтоз. Він відзначається значною кількістю різних видів переносників інвазії, різноманітністю клінічних форм та труднощами в діагностиці. Тому лікарі лікувальної мережі (терапевти, хірурги, окулісти, онкологи, дерматовенерологи, сімейні лікарі) повинні мати необхідні знання в області клініки, лікування та профілактики даного захворювання.

М.С. Кошиль

СТРОКИ ВИНИКНЕННЯ І ШЛЯХИ МІГРАЦІЇ КЛІТИН У ГІСТОГЕНЕЗІ КОРИ ПІВКУЛЬ ВЕЛИКОГО МОЗКУ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. В лабораторії Sidman (США) широко применяется НЗ-тимидин для определения последовательности возникновения нейробластов в матричной зоне нервной трубки в гистогенезе коры и ядер ствола головного мозга. Между тем, однократное введение метки не позволяет надежно отличать меченые дочерние клетки после первого деления от всех меченых клеток последующих генераций, что неизбежно ведет к ошибкам в определении сроков выселения нейробластов.

Мета. Для устранения этого недостатка была применена методика двойного маркирования эмбриональных клеток НЗ-тимидином (НЗ-Т) и С14-тимидином (С14-Т).

Матеріали і методи дослідження. В експериментах использовано 8 беременных мышей. Первая подкожная инъекция НЗ-Т по 100 мкюри на животное была проведена в сроки от 9-го по 18-ый день беременности. Отправным моментом для исчисления срока беременности служила влагалищная «пробка», найденная у самок. Контролем служили животные, забитые через 1 час после второй инъекции изотопа. На срезы головного мозга была нанесена жидкая фотоэмульсия. Автографы окрашивались гематоксилином с эозином.

Результати. С помощью такой методики можно было оценить количество генераций матричных клеток, необходимых для комплектования нейронов в разных отделах нервной системы, точно определить сроки выселения клеток из матричной зоны, проследить пути их миграции и убедиться в том, что нейробласты способны перемещаться относительно друг друга на большие расстояния, как это показано на примере формирования коры больших полушарий.

Висновки. Применения С14-тимидина в качестве дополнительной метки к НЗ-тимидину обогатило автордиографический метод изучения гистогенеза нервной системы.

М. І. Кривонос

ВПЛИВ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ НА ОРГАНІЗМ ДОНОРА

Кафедра нормальної фізіології

О. В. Власенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Еволюційно кількість крові в людському організмі дещо перевищує необхідне. Для людини дуже корисно іноді «змінювати» запасний обсяг крові, а погано вивчений його вплив на організм людини є перешкодою для деяких людей здавати кров.

Мета: вивчити та проаналізувати зміни в організмі донора після переливання крові, виділити негативні та позитивні наслідки гемотрансфузії для донора.

Матеріали та методи: У процесі дослідження було проаналізовано сучасну медичну літературу, наукові статті та ресурси; використано, методи аналізу та систематизації, статистичний метод; було проведено анкетування серед студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Результати: За даними статистичних досліджень в Україні з 2015 року по 2017 рік кількість донорів збільшилась більше ніж у 4 рази (з 2134 осіб до 10074 осіб), а порівнюючи листопад 2015 року (122 осіб) з відповідним періодом 2016 року (972 особи) – майже в 8 разів. Серед донорів найбільш розповсюджена кров груп А(II)Rh(+) – 25,6%, 0(I)Rh(+) – 21,1%, В(III)Rh(+) – 13,8%, а найменш розповсюджена - АВ(IV)Rh(-) – (4,3%) та В(III)Rh(-) – 4,8%. У анонімному статистичному дослідженні, що проводився серед студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова старше 18 років, було опрацьовано 192 анкети, серед яких 67 (34,5%) чоловік - хоча б один

раз здавали кров, 115 (65,5%) осіб - не здавали кров, з них 44 (38,3%) – через медичні протипоказання. Також було досліджене загальне самопочуття донорів на протязі 1 місяців після здачі крові, при якому виявилось, що 78% донорів відчули позитивний ефект гемотрансфузії. Донори, які постійно здають кров, є найбільш здоровими людьми планети, за даними ВООЗ, вони живуть на 5 років більше середньостатистичної людини. Доктор Харві Клейн припустив у своїй статті, опублікованій в «USA Today», що причина криється в тому, що регулярна здача крові зменшує кількість заліза в організмі. А залізо хоч і є необхідним для життя людини елементом, проте занадто велика його кількість все ж може завдати шкоди серцю і кровоносній системі. Фінські вчені дослідили, що чоловіки-донори в десятки разів менше схильні інфаркту міокарда; американські вчені встановили, що донори-чоловіки на 30% рідше страждають серцевими нападами.

Висновки: Будучи регулярним донором, людина виробляє в своєму організмі стійкість до раптових крововтрат від нещасних випадків. Здача крові є хорошою профілактикою різних хвороб серця, захворювань печінки, селезінки, атеросклерозу, порушень системи травлення, підшлункової залози, корекцією артеріального тиску. Донори крові зазвичай набагато рідше стикаються з проблемами серцево-судинної системи. Після переливання крові відбувається оновлення організму, стимулюється робота кровотворної системи, поліпшується імунний захист організму. Після процедури здачі крові особливо активно виробляються еритроцити, які стимулюють більш активне надходження до всіх органів організму необхідного кисню.

Т.В. Крупцала, О.І. Бібіков

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦД 2 ТИПУ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

С.В. Вернигородський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день на цукровий діабет хворіє близько 284,6 млн. людей, це 6% населення віком від 20-79 років. Цукровий діабет входить у трійку захворювань, які призводять до інвалідності і смерті. При ЦД у 2-3 рази частіше виникає інсульт, у 7 разів частіше - ниркова недостатність, у 3-5 разів частіше - інфаркт міокарда, у 20-40 разів частіше - гангрена нижньої кінцівки. Одним з найбільш виражених патоморфологічних проявів ЦД є генералізоване ураження судин, яке проявляється мікро- та макроангіопатією та є причиною тяжких ускладнень ЦД. Хвороба Менкеберга виявляється у людей з нормальним вуглеводним обміном, причому з віком його частота зростає. Однак у хворих з цукровим діабетом кальциноз артерій у всіх вікових групах виявляється в 3 рази частіше.

Мета: Вивчити особливості патоморфологічних змін судинного русла та показників ліпідного обміну у хворих на ЦД 2 типу з атеросклерозом артерій нижніх кінцівок в поєднанні з хворобою Менкеберга.

Матеріали та методи дослідження: Патоморфологічне дослідження аутопсійного матеріалу та ретроспективний аналіз історій хвороб проведено у 123 померлих хворих, що хворіли на ЦД, з яких у 98 було діагностовано ЦД 2 типу та у 25 ЦД 1 типу за 2014-2016 рр. Серед померлих було 35 осіб чоловічої статі та 63 - жіночої. Тривалість захворювання на цукровий діабет у досліджуваних осіб становила: до 5 років - 30 чоловік, від 6 до 10 років - 23 чоловік, від 10 до 20 років - 27, понад 20 років - 14 чоловік.

Результати досліджень та їх обговорення: Гіперліпідемія встановлена у 81 пацієнта, хворих на ЦД 2 типу (83%), нормальний вміст ліпідів - у 17 пацієнтів (17%). За період спостереження гістологічно було виявлено кальцифікати у середній оболонці периферійних артерій. Секційний матеріал був розподілений з урахуванням віку та статі померлих. Хвороба Менкеберга за даний період була виявлена у 19 хворих (у 8 осіб чоловічої статі та у 11 - жіночої). Атеросклероз виявлений у 56 пацієнтів (24 чоловіків і 32 жінки). Атеросклероз у поєднанні з хворобою Менкеберга у 23 пацієнтів (9 чоловіків та 14 жінок).

Висновки: У пацієнтів із гіперліпідемією був виражений атеросклероз із більш складним перебігом ЦД, ніж у хворих з нормальним вмістом ліпідів у крові.

Суттєвого впливу гіперліпідемії на розвиток медіакальцинозу не виявлено.

Оклюдія судин спричинялася саме атеросклеротичними змінами, а медіакальциноз безпосередньо не впливав на прохідність артерій. На нашу думку, медіакальциноз є самостійним процесом, а не раннім атеросклерозом. Атеросклероз у поєднанні зі стенозом Менкеберга переважав у чоловіків та характеризувався розвитком комбінованих ускладнень.

А.І. Кулик, К.В. Коломієць, Р.О. Картелян, В.В. Лагода

ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ КОЛЬОРОУТВОРЕННЯ СИНЦЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛОГІКО-МАТЕМАТИЧНОГО АНАЛІЗУ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Встановлення давності виникнення тілесних ушкоджень, і зокрема кольору синця, є одним з

найважливіших питань у судово-медичній експертизі. Для збільшення інформативності візуального метода оцінки доцільнішим є використання сучасних логіко-математичних методів аналізу.

Мета: Дослідити процес кольороутворення синця в динаміці посттравматичного періоду за допомогою логіко-математичного аналізу особової та візуальної інформації, яка міститься у судово-медичній документації.

Матеріали та методи: У ході дослідження був вивчений архівний матеріал Відділу судово-медичної експертизи потерпілих обвинувачених та інших осіб Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи за 2013-2014 роки. Опрацьовано 3155 висновків експерта. В 438 з них описані синці або синці на фоні яких наявні садна, що загалом складає 13,88% досліджуваного матеріалу. Загальна кількість синців - 1747, синців з саднами – 855. Усі ушкодження виникли внаслідок дії тупих твердих предметів. Необхідні нам дані стосовно ушкоджень, що містилися у висновках експертів, були переведені у цифрову форму. Кожен з параметрів і показників при дослідженні був закодований. Колір синця відносно кольороутворення: 1 – червоний, червоно-фіолетовий; 2 – червоно-синій; 3 – червоно-зелений; 4 - пурпурово-синій, синьо-фіолетовий; 5 – синьо-фіолетовий; 6 – зелений, жовто-зелений. Локалізація: 1 – голова, шия; 2 – плече, надпліччя; 3 – тулуб; 4 – стегно, сідниці; 5 – передпліччя, кисть ; 6 – гомілка, стопа. Форма: 1 – округла; 2 – овальна; 3 – неправильно овальна; 4 – лінійна. Площа (вираховувалася автоматично за формою та розмірами ушкодження): 1 – до 55 см²; 2 - більше 55 см². Стать: 1 - чоловіча, 2 – жіноча. Вік: 1 – до 20 років, 2 – від 20 до 30 років, 3 - від 30 до 40 років, 4 – від 40 до 50 років, 5 – від 50 до 60 років, 6 – більше 60 років. Набряк: 1- наявність, 0 - відсутність. Терміни виникнення синців: до 12 год, 24-48 год, 48-72 год, 72-96 год, 96-144 год, 144-216 год, понад 216 год. Колір кірочки: 0 – відсутня, 1 – червоний, 2 – коричневий. Розташування кірочки: 1 – немає, 2 - нижче рівня шкіри, 3 - на рівні шкіри, 4 - вище рівня шкіри, 5 – відшаровування. Обробка результатів здійснювалася в середовищі пакету MathCAD 7.0 Professional s/n EN902006DS2125B.

Результати: В ході проведення аналізу було доведено, що колір синця залежить від давності його виникнення. На кольороутворення синця впливає вік потерпілого, стать на даний процес не впливає. Набряк м'яких тканин зустрічається лише у тих випадках, коли колір ушкодження червоний, червоно-фіолетовий, червоно-синій, червоно-зелений, пурпурово-синій, синьо-фіолетовий. Визначена чітка залежність процесу кольороутворення синця від його локалізації та площі.

Висновки: Використання логіко-математичного аналізу особової та візуальної інформації, яка міститься у судово-медичній документації, дозволяє значно збільшити інформативність стандартного методу опису синців при оцінці давності виникнення ушкоджень.

Т.М. Ладика

ЕВОЛЮЦІЯ І ГОМОЛОГІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Останнім часом представлено велику зведення гомології лімфатичних вузлів ссавців, в якій вказується на відсутність єдиної номенклатури лімфатичних вузлів, як на серйозне ускладнення при встановленні їх гомології

Мета. Аналізувати еволюцію і гомологію черевної порожнини людини.

Матеріали і методи дослідження. Вивчалася література на дану тематику. Уявляється, що терміни анатомії людини є основними для позначення лімфатичних вузлів, оскільки лімфатична система людини вивчена найбільш повно, і з них слід виходити у встановленні гомології лімфатичних вузлів людини і ссавців тварин. Поняття «лімфатичний центр» надміру, так як групи лімфатичних вузлів є етапами лімфатичного шляху, а трактування їх як частини його, а не центрів, є більш правильною і відповідає вимогам клініки.

Результати. Головним у дослідженні гомології лімфатичних вузлів є проходження їх зв'язків з органами через відповідні лімфатичні судини останніх і тільки на підставі цих зв'язків можливе визначення серед лімфатичних вузлів, які прилежат до задньої черевної стінки людини, двох різних груп вузлів, а саме: групи лімфатичних вузлів, що розвиваються у зв'язку з відтоком лімфи з органів шлунково-кишкового тракту, і групи лімфатичних вузлів, що розвиваються у зв'язку з органами, прилеглими до задньої черевної стінки (нирки, наднирки, статеві залози).

Висновки. На нашу думку, дослідження гомології лімфатичних вузлів повинні бути нерозривно пов'язані з дослідженням лімфатичного шляху від органів на всьому його протязі.

С.С. Левенчук
ВРОДЖЕНІ ВАДИ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ
Кафедра анатомії людини
В.О. Коваленко (к.м.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність теми: У дітей та підлітків, згідно даних ВООЗ та МОЗ України, дуже великою є частка вроджених вад органів сечовидільної системи (ВВОСС). Згідно зі статистичними даними протягом 2015 р. в Україні на обліку перебувало 13 022 дитини з ВВОСС (2,0 на 1 тис. дитячого населення) у віці до 14 років, з них з вперше виявлено патологією – 1 998 (0,31 на 1 тис. дитячого населення) дітей. Хворих з ВВОСС підліткового віку (15-18 років) перебувало на обліку 5 032 (27,6 на 1 тис. відповідного населення). Незважаючи на доволі зрілий вік, упродовж одного року вперше виявлено 369 (2,0 на 10 тис. відповідного населення) підлітків з ВВОСС, що свідчить про пізню діагностику згаданої патології.

Мета: Розглянути патоморфологію анатомічних структур органів сечовидільної системи згідно основної класифікації ВООЗ та ознайомитися з статистичними даними України та Вінниччини.

Матеріали та методи: Вивчення літературних джерел, статистичний метод вивчення дітей та підлітків з вродженими вадами органів сечовидільної системи.

Згідно отриманих даних, за 2015р. в Україні по класифікації ВВОСС: гідронефроз був виявлений у 5%; кісти у 5%; мегауретер у 0.7%; міхуровосечовідний рефлюкс (МСР) у 1%; уретероцеле у 2.5%; екстрофія сечового міхура у 0.000025%; клапани задньої уретри у хлопчиків складав 4.5%; гіпоспадія у 1%; епіспадія у 0.00002%; подвоєння нирки у 10%.

Результати: Проаналізувавши літературні джерела, статистичні дані по всій Україні та Вінниччині, графічно відтворили основні види захворюваності дітей з вродженими вадами органів сечовидільної системи.

На засіданні студентського наукового гуртка (СНГ) кафедри було оприлюднено відомі зміни анатомічних структур органів сечовидільної системи при ВВОСС.

Висновок: Рання діагностика та лікування хворих з вродженими вадами сечовидільної системи дозволяє значною мірою покращити якість життя дітей, або зовсім усунути дані вади розвитку.

О.В. Легеца, А.І. Перик
**ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У СТУДЕНТІВ ТА ЇХ
ВПЛИВ НА СТАТУСНЕ ПОЛОЖЕННЯ В ГРУПІ**
Кафедра нормальної фізіології

Л.В. Бабич (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Досить актуальним є дослідження впливу фрустрації як одного із негативних психічних станів студентів на їх статусне положення в групі. Ми маємо змогу прослідкувати, що фрустрація виникає в умовах негативної соціальної оцінки або самооцінки особистості. Саме тому стан фрустрації буде великою мірою визначати статус студентів в групі, адже острах невдачі і розчарування буде скеровувати їх не демонструвати своїх здібностей і можливостей. У процесі соціалізації у студентів виникають й інші негативні стани, які визначають стиль спілкування, поведінки, розвиток міжособистісних взаємостосунків.

Мета: Дослідити вплив фрустрації та інших негативних психічних станів студентів на їх соціальний статус в групі.

Матеріали та методи: Об'єктом нашого дослідження є негативні психічні стани студентів, що впливають на їх статусне положення в групі. Предметом дослідження є особливості цих станів. У дослідженні нами було використано такі методи як: спостереження, бесіда, тестування (тести «Самооцінка психічних станів», «Діагностика рівня соціальної фрустрованості В.В. Бойко») та методи математичної статистики.

Результати: За результатами дослідження «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» встановлено, що високий рівень фрустрованості притаманний 5% студентів, що може бути наслідком тривожності, а також ознакою захисної функції організму; 45% студентів властивий середній рівень фрустрованості, що може вказувати на незадоволеність процесами, які відбуваються в суспільстві; 50% студентів характерний низький рівень соціальної фрустрованості. Останній показник свідчить про те, що ті перешкоди, які виникають на шляху до поставленої мети, долаються адекватним усвідомленням, застосуванням способів подолання розчарування. За результатами тесту «Самооцінка психічних станів» показники наступні: високий рівень тривожності притаманний 3% студентів, що може бути свідченням особистісного конфлікту, неадекватної самооцінки; 44% - середній рівень тривожності, що характеризується загальною дизгармонією діяльності; у 53% - низький рівень тривожності, що не порушує загальну життєдіяльність та не створює дискомфорту.

Висновки: Нами був здійснений теоретичний аналіз проблеми негативних психічних станів, притаманних студентській молоді. Методика «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» об'єктивно продемонструвала, що саме зумовлює його виникнення та динаміку. Також була встановлена наступна залежність: чим більше

студентам притаманні лідерські якості та здібності, тим менше у них проявляється тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність. Встановлено також, що негативні психічні стани знижують соціальні контакти та міжособистісну взаємодію у групі, блокують будь-які прояви ініціативності та активності, самовираження та самореалізацію. Наявність всього вище зазначеного буде заважати студентам розкривати свої здібності та потенціал, що, як наслідок, не дасть їм змоги зайняти значне положення в групі.

А. О. Леонтович, К. М. Вудвуд, М. С. Дем'янчук

ТЕОРІЯ ХВИЛЬОВОГО ГЕНОМУ

Кафедра медичної біології

Т. Л. Полеся (доц., к. б. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. За теорією хвильового геному живі організми постійно зазнають змін під впливом електромагнітних хвиль ДНК, що надходять зовні. Втрачені органи можуть регенерувати. Існує можливість продовжити життя на декілька років. Опромінення хвилями ДНК дає змогу лікувати хвороби без хірургічного життя. Також стає можливим запобігати зараженню вірусами і бактеріями.

Мета: розширити знання про хвильову структуру молекули ДНК та оцінити її вплив на геноконтинуум Землі, ознайомитися з експериментами, проведеними на доказ теорії хвильового геному, дослідити механізм опромінення хвилями ДНК.

Матеріали та методи. Систематизовано дані при обробці матеріалів стосовно теми хвильової генетики (Гаряєв П. П. Хвильовий геном.- М: Громадська користь, 1994; Гаряєв П. П. Хвильовий генетичний код.- М: ІЗДАТЦЕНТР, 1997; Гаряєв П. П. лінгвістико-хвильовий геном: теорія і практика Київ: Інститут квантової генетики, 2009). Використано результати експериментів вчених: Петра Гаряєва, Дзянь Каньдженя, Олександра Гурвича, Олександра Любищева, Люка Монтаньє.

Результати. Визначено основні позитивні аспекти у теорії хвильового геному. За допомогою результатів експериментів з'ясовано: рослини в межах певної території можуть передавати один одному інформацію про свій стан, напад шкідників; на кожний живий організм впливає інформація, яку розповсюджує молекула ДНК; електромагнітна хвиля ДНК несе в собі матеріальну частину; органи здатні до регенерації під впливом хвиль, які зчитуються із ідентичних здорових органів; дитина може нести спадкову інформацію від чоловіка (самця), який не є його батьком, але є статевим партнером матері в минулому (телегонія). Вивчено можливість лікування «без скальпеля».

Висновки. Під час дослідження теорії хвильового геному ми визначили не тільки позитивні сторони, а й негативні (тільки один експеримент в Торонто у 2001 році, спрямований на безінсулінове лікування діабету, був офіційно зареєстрований; у роботах Гаряєва зустрічаються хибні посилання на людей і книги, чужі наукові роботи; пристрій для зчитування інформації із біодонора хвиль ДНК є тільки у Петра Гаряєва). Тому, ми повинні пам'ятати, що це тільки теорія, і її потрібно ще доводити, адже є ряд фактів, які заперечують її.

О.Ю. Лепетенко

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГЕЛЬМІНТОЗІВ

Кафедра медичної біології

С. М. Горбатюк (к. біол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми полягає у тому що в світі по захворюваності серед інфекційних хвороб кишкові гельмінтози займають 3 місце, за оцінками вчених близько 100 млн. дітей мають затримку в рості та інші серйозні проблеми через гельмінтози. На території України поширені близько 31 виду гельмінтів.

Мета: Проаналізувати сучасні методи діагностики гельмінтозів та з'ясувати їх роль у лікуванні цієї хвороби.

Матеріали та методи: На сьогоднішній день розроблено безліч методів діагностики гельмінтозів проте найсучаснішими та найефективнішими є мікроскопічний, патоморфологічний, цитологічний, серологічний та топічної діагностики. У мікроскопічному методі поширені такі процедури як нативний мазок фекалій для виявлення яєць гельмінтів, товстий мазок фекалій з целофаном по Като для виявлення яєць гельмінтів, використання зіскрібків з періанальних складок для виявлення яєць та гострика, також поширеними є методика липкої стрічки Грехема і методика мікроскопії калу після попереднього збагачення флотацією чи осадженням (методики Телемана, Фюлеборна, Калантарян, Рітчі та ін.). Для виявлення живих личинок гельмінтів використовують закручування по Шульману, методики Бермана, Брумпта, Харада-Морі), методика прямої мікроскопії проводиться для виявлення проглотид стрічкових гельмінтів, методику мікроскопії застосовують на яйцях дуоденального вмісту, мокротиння, сечі, крові, тощо при позакишкових гельмінтозах. При патоморфологічному дослідження здійснюють на біоптатах м'язів при трихінельозі, тканин при цистицеркозі тощо. Цитологічний метод базується на дослідженнях вмісту паразитарних кіст при ехінококозі й альвеококозі. Серологічні реакції (РНГА, РЗК) використовуються при серологічній. При топічній діагностиці здійснюється

ультразвукове дослідження органів, МРТ, КТ.

Результати: Усі методи діагностики використовуються для виявлення яєць, личинок гельмінтів і самих гельмінтів. При комплексному обстеженні з'явилася можливість встановити точний діагноз хвороби, дослідити якої шкоди завдав гельмінт своєму хазяїну.

Висновки: Сучасні методи діагностики дозволяють встановити точний діагноз захворювань. Тому провідну роль у лікуванні гельмінтозів займає діагностика, яка згодом дає можливість найбільш ефективного лікування з найменшою шкодою для здоров'я людини.

Ю. Ю. Лепетенко, М.Ю. Паламарчук, Д.П. Гадзівимок
**ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДААННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ШЛЯХИ ЇЇ УДОСКОНАЛЕННЯ ЗА
РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІННИЦЬКОЇ
ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ ТА ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ
ЕКСПЕРТИЗИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Система оцінки якості надання медичної допомоги має важливе значення в реформуванні системи охорони здоров'я в Україні. Вона проводиться у два етапи: контрольно - експертна комісія при Департаменті охорони здоров'я Обласної державної адміністрації та проведення комісійної експертизи експертами Обласного бюро судово – медичної експертизи.

Мета: Вивчити якість надання медичної допомоги за результатами роботи контрольно - експертної комісії Департаменту охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації та архіву Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи.

Матеріали та методи: Вивчено та проаналізовано 14 висновків контрольно-експертної комісії при Департаменті охорони здоров'я Вінницької облдержадміністрації, та 13 «Висновків експерта» з архіву Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи, що стосується професійно-посадової діяльності медичних працівників. Висновки поділялися на три групи: 1 - помилки у лікуванні не виявленні, 2 – випадок смерті є умовно попереджуваним, 3 – смерть можна було попередити.

Результати: При вивченні висновків контрольно-експертної комісії визначили, що у чотирьох випадках смерть є умовно попереджувана, у всіх інших – помилки у лікуванні не виявлено. Із висновків комісійних експертиз обласного бюро судово-медичної експертизи встановили, що у одному випадку смерть можна було попередити, у двох - випадок смерті є умовно попереджуваним, у дев'яти – помилок у лікуванні не виявлено. В одному випадку експертиза не проведена у зв'язку з відсутністю протоколу контрольно-експертної комісії Департаменту охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації.

Висновки: Двоетапний контроль якості надання допомоги дозволяє більш об'єктивно оцінити якість надання медичної допомоги. Крім того у родичів є можливість оскаржити висновки на рівні третього етапу: контрольно – експертної комісії Міністерства охорони здоров'я та Головного бюро судово – медичної експертизи.

А.С. Лесная
**ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ
ЭТАПНЫХ ПРОГРАММИРУЕМЫХ САНАЦИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Кафедра микробиологии, гигиены и экологии
И.С. Гайдаш (д.м.н., проф.)
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
г. Рубежное, Украина

Актуальность: в современной медицинской практике разлитой перитонит не рассматривается как самостоятельная нозологическая форма. Проблема абдоминального сепсиса требует внимания не только хирургов, анестезиологов, но и микробиологов, внутрибольничных эпидемиологов. Данные микробиологических исследований играют решающую роль для рациональной терапии абдоминальной инфекции в хирургии.

Цель исследования: изучение структуры аэробных и факультативно-анаэробных возбудителей разлитого перитонита при этапном ведении брюшной полости.

Материалы и методы: обследованы 27 больных с разлитым перитонитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении ЦГБ г. Рубежное в 2016 году. У всех пациентов индекс брюшной полости составил более 13 баллов, что требовало лечение перитонита полуоткрытым методом с программируемыми этапными санациями. Во время первичной операции и при последующих программированных санациях производили забор перитонеального экссудата для микробиологического исследования. Идентификацию штаммов проводили с помощью автоматизированной системы VITEK® 2 Biomerieux.

Результаты: у пациентов с разлитым перитонитом после первичной операции все посева были

положительные, выделено 22 штамма возбудителей. В 70,5% положительных посевов были обнаружены монокультуры микроорганизмов, а в 29,5% случаев – микробные ассоциации. На первой программированной санации ассоциации микроорганизмов встречались 43,5% случаев, на третьей программированной санации – у 88,5%, а на четвертой программированной санации – у всех пациентов. Если воспалительный процесс в брюшной полости не удавалось купировать за 1-2 санации, то на 3-4 санациях инфекция была вызвана только ассоциациями микроорганизмов. При этапном хирургическом лечении разлитого перитонита микробный пейзаж перитонеального экссудата менялся с каждой последующей программированной санацией. В бактериологических посевах перитонеального экссудата на первичной операции и первой санации преобладали: *E. coli* – 27,5%, *P. aeruginosa* – 15,5%, *K. pneumoniae* – 10,0%, *Acinetobacter spp.* – 7,5%, *E. cloacae* – 6,5%, *S. ruogenes* – 5,5 %. После 3-4 санации брюшной полости в посевах доминировал рост: *Acinetobacter spp.* (20,5%), *S. aureus* (17,5%), *S. epidermidis* (16,8%), *E. coli* (13,2%), *P. rettgeri* (7,5%), отмечалось изменение антибиотикорезистентности выделенных штаммов *E. coli*.

Выводы: при этапном лечении разлитого перитонита с каждой последующей операцией происходит смещение микробного пейзажа перитонеального экссудата в сторону микробных ассоциаций и замещение внебольничных штаммов на антибиотикорезистентные или госпитальные штаммы.

І. С. Лісова

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИНИКНЕННЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А. М. Березовський (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Гіперплазія ендометрія є однією з основних форм патологічних проліферативних змін слизової оболонки матки, незалежно від віку жінок, що є високочутливою до гормональних змін, що виникають у жіночому організмі. Головними клінічними проявами у жінок різних вікових груп є маткові кровотечі по типу мено- чи метроррагії. Вони зазвичай довготривалі, різної інтенсивності (від помірних до профузних), незалежно від циклу, можуть призводити до анемії, викликати біль, знижують фізичний стан жінки та погіршення її психоемоційного стану. Гіперплазія ендометрія може стати причиною розвитку раку ендометрія та безпліддя.

Мета: проаналізувати причини виникнення гіперпластичних процесів ендометрія, методи їх профілактики та лікування.

Матеріали та методи: гістологічні дослідження жінок з підозрою на гіперплазію ендометрія, які були обстежені у жіночій консультації ЦРЛ м. Козятин, аналіз зарубіжної та вітчизняної літератури.

Результати: під час проведення УЗД дослідження на базі жіночої консультації ЦРЛ

м. Козятин було виявлено 45 жінок із потовщеннями внутрішнього шару матки і підозрою на гіперплазію ендометрія у період жовтень 2016 - лютий 2017, що є першим етапом під час діагностики. Другий етап – діагностичне вишкрібання порожнини матки для гістологічного дослідження і встановлення діагнозу. Із 5 пацієнток віком від 25-35 років: 2 – залозиста гіперплазія, 2 – залізисто-кістозна гіперплазія, 1 – вогнищева гіперплазія ендометрія; у 13 жінок віком від 36 до 45 років: 3 – залозиста гіперплазія, 9 – залізисто-кістозна гіперплазія, 1 – атипова гіперплазія ендометрія; з 21 досліджуваної віком від 46 до 55 років: 1 – залозиста гіперплазія, 15 – залізисто-кістозна гіперплазія, 4- вогнищева гіперплазія ендометрія, 1 - аденокарцинома; у 6 пацієнток віком від 56 до 70 років: 2 – залізисто-кістозна гіперплазія, 1 – вогнищева гіперплазія ендометрія, 2 – атипова гіперплазія ендометрія, 1- аденокарцинома. Отже, під час дослідження було встановлено, що дане захворювання виникає у жінок різного віку, але частіше буває у пацієнток предменопаузального і клімактеричного періоду, коли відбувається гормональна перебудова організму.

Висновки: Головним методом діагностики залишається УЗД, але встановлення діагнозу можливе лише після діагностичного вишкрібання з порожнини матки і гістологічного заключення. Своєчасний та уточнений діагноз гіперплазії ендометрія має велике значення для вибору способу лікування та прогнозу. Застосування етапного алгоритму визначення стану ендометрія забезпечує адекватну діагностику гіперпластичних процесів ендометрія і, відповідно, вчасне патогенетичне лікування.

Э.В. Лобкина, Л.Г. Огнева

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна

О.В. Николаева (д.м.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет,

г. Харьков, Украина

Актуальность: Современная жизнь постоянно сталкивает нас со стрессами и переживаниями. Стресс оказывает негативное влияние на здоровье человека, как физическое так и эмоциональное. Жить без стресса невозможно. Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность, психофизическое напряжение и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Стрессовые

ситуації, що виникають в час навчання та на практиці - це звичайне і часто виникаюче явище. В сесійний період зростає обсяг інформації для вивчення. А оскільки можливості людського сприйняття не безмежні. Такі перевантаження стають іноді причиною стресів, які можуть призвести до краху адаптації.

Ціль: Дослідження присвячене аналізу результатів соціологічного опитування, проведеного серед студентів-медиків щодо впливу стресу та його причин, механізму фізіологічного стресу.

Матеріали та методи: Об'єктами спостереження були 128 студентів I курсу ХНМУ 16–20 років: 37 чоловіків та 91 дівчина. В роботі використовувалися опитування, інтерв'ювання, тестування студентів.

Результати: В ході опитування було виявлено, що у 64% студентів нормальна стресостійкість, у 26% студентів – висока, у 10% – низька

Для того щоб визначити, чи студенти реагують на психічні фактори, характерні для стресових ситуацій, їм було запропоновано інтерв'ювання. Виявилось, що реакції, характерні для стресових ситуацій, виникають часто - у 27%, іноді – у 65%, рідко – у 8% студентів. Для виявлення тривожності, характерної для стресових ситуацій студентам було запропоновано тестування. В ході тестування у 55% студентів – низька реактивна тривожність, у 30% – середня тривожність, у 15% – висока тривожність. Проведені експерименти показали, що в стадії патологічного емоційного стресу та постійної тривожності страждають функції мозку, виникають невротичні реакції. В зв'язі з цим, можуть розвинути різні патологічні стани, зменшується здатність до запам'ятовування нової інформації. Такі явища посилюються в ситуаціях, коли психоемоційні перевантаження повторюються досить часто.

Висновки: Незважаючи на вплив стресорів, у студентів стресостійкість не виходить за межі норми. В стресовій ситуації людині потрібні хороші адаптаційні здатності, які допоможуть пережити найважчі життєві випробування. Один з методів профілактики тривожності у студентів-медиків - це виховання емоційної стійкості ще на етапі навчання. Перспективність цього ґрунтується на тому, що емоції так само добре піддаються тренуванню та вихованню, як і наші м'язи.

А.В. Луканова, К.В. Вараниця

ХРОСОСОМНІ ХВОРОБИ

Кафедра медичної біології

О.В. Спрут (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: До хромосомних захворювань відносять форми патології, що клінічно проявляються багатьма вродженими вадами розвитку, генетичним ґрунтом яких є відхилення від нормального вмісту в клітинах організму кількості хромосомного матеріалу, тобто обумовлені геномними чи хромосомними мутаціями. Це визначає необхідність знання акушерами, педіатрами, дитячими ендокринологами, сімейними лікарями, психоневрологами, ортопедами, патологоанатомами і іншими спеціалістами етіології, клінічної картини, принципів діагностики, лікування і профілактики цієї великої групи патологічних станів.

Мета: Визначити основні особливості етіології хромосомних хвороб, проаналізувати поширеність та структуру генетичної патології у Вінницькій області.

Матеріали і методи: У ході роботи були досліджені та проаналізовані наукові джерела щодо етіології хромосомних хвороб, результати звіту цитогенетичного відділу ВОКЛ ім. М.І. Пирогова за 2010-2016 рр.

Результати: Більшість хромосомних захворювань мають спорадичний характер, тобто виникають внаслідок геномної (хромосомної) мутації в гаметі здорового батька або матері, чи в перших поділах зиготи, а не успадковуються в поколіннях, що пов'язано з високою смертністю хворих в дитячому віці, а також статевим недорозвитком і нездатністю давати потомство. Фенотипічну основу хромосомних захворювань формують порушення раннього ембріонального періоду. Саме тому патологічні зміни складаються ще в пренатальному періоді розвитку організму і або обумовлюють загибель ембріона чи плода, або створюють основну клінічну картину захворювання вже в новонароджених. Виняток становлять аномалії статевого розвитку, що формуються в основному в періоді статевого дозрівання. За результатами аналізу звіту цитогенетичного відділу ВОКЛ ім. М.І. Пирогова за останні сім років найбільш поширеними хромосомними хворобами є: синдром Дауна (92 випадки), синдром Клайнфельтера (23 випадки), синдром Шерешевського - Тернера (22 випадки), синдром Едвардса (6 випадків), синдром Патау (1 випадок).

Висновки: Визначені найбільш поширені хромосомні хвороби у Вінницькій області. Діагностика хромосомних хвороб повинна ґрунтуватися на основі виявлення типових симптомів спадкових захворювань, але цитогенетичний аналіз є методом встановлення точного діагнозу хромосомних хвороб.

В.В. Луканюк, Н.М. Тимофіїв
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

М.І. Серветник (к.м.н., доц.)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
м. Львів, Україна

Актуальність: Пухлини(П) головного мозку(ГМ) за частотою займають п'яте місце серед П інших локалізацій. У структурі загальної онкологічної захворюваності вони становлять 10%. П ГМ в популяції складає від 4 до 14 на 100 тис. населення. Частота виявлення цього захворювання складає 10 випадків на 100 тис. населення (Японія), 7 випадків на 100 тис. населення (США).

Мета: Виявити основні клінічні та морфологічні прояви П ГМ.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз результатів гістологічного дослідження 205 випадків операційного матеріалу П ГМ протягом 2012-2016 років.

Результати: За даними проведеного дослідження кількість випадків первинних П ГМ складала 89%. Серед них домінували П астроцитарного походження – 48% випадків, у 30% випадків було діагностовано менингіоми, 9% - складали П мезенхімального генезу, 7% випадків – були представлені олігодендрогліальними П. Серед вторинних (метастатичних) П ГМ, загальна кількість яких складала 11%, переважали метастази карцином невідомої первинної локалізації. У 27% випадків у патогістологічному діагнозі фігурувало лише заключення про наявність метастазу в ГМ без верифікації гістогенезу первинної злоякісної П. 18% випадків вторинних П ГМ складали метастази карциноми легень з переважанням серед досліджуваного матеріалу метастатичних уражень дрібноклітинного («вів'ясно-клітинного») раку. Типовими клінічними симптомами були: головний біль, запаморочення, нудота, порушення зору, слуху, пам'яті, розумових здібностей, галюцинації, параліч, епілептичні напади. Діагностовані астроцитомі розподілялись за ступенем градації наступним чином: I- пілоцитарна (1.13%), субependимарна(1.13%); II-протоплазматична (2.27%), фібрилярна (3.4%), змішана (15.9%); III- анапластична (13.36%); IV-гліобластома (59.09%). Найчастіший гістологічний варіант виявлених астроцитом – гліобластоми. Такі пухлини характеризувались ядерною атипією, некрозами, крововиливами. Другий за частотою вид первинних П ГМ – менингіоми: типова (50%), атипична (7.27%), анапластична (1.83%). П мезенхімального генезу були представлені: фіброліпомою, гістіоцитомою, гемангіомою, ангіофібромою, гемангіобластомою. Серед олігодендрогліальних П переважали олігодендрогліоми.

Висновки: Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що серед первинних П ГМ переважають П гліального походження, а саме – астроцитарного генезу (астроцитомі та гліобластоми), що корелює з даними фахової літератури; середній вік пацієнтів складає 50-60 років, що також збігається з літературними свідченнями; найтипівіша локалізація первинних П ГМ у дорослих пацієнтів – супратенторіальна, а саме лобна і тім'яна ділянки.

Т. О. Луцюк

ВИДАТНИЙ НАУКОВЕЦЬ ДАНИЛО КИРИЛОВИЧ ЗАБОЛОТНИЙ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Н. С. Фоміна (к. мед. н., доц.)

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

Актуальність: «Його праця – подвиг. Навіть короткий перелік його заслуг завжди вражатиме...», — писав І. Мечников про видатного українського мікробіолога, засновника вітчизняної епідеміології Данила Кириловича Заболотного. І ці слова не є перебільшенням – талановитий учений присвятив своє життя врятуванню людства від епідемій чуми, холери, дифтерії, висипного тифу та інших.

Мета: Дослідити та узагальнити інформацію про життя та діяльність вченого.

Матеріали і методи: Систематизація інформаційних джерел, аналіз та узагальнення матеріалу.

Результати: Народився Данило Кирилович Заболотний 2 січня 1867 р. у с. Чоботарка на Вінниччині. У 1885 році Заболотний вступив на природниче відділення університету в Одесі, який закінчив екстерном і отримав ступінь кандидата природничих наук. Цього ж року був зарахований на медичний факультет у Києві. Тут він продовжив розпочаті в Одесі досліди з холерою. Академік першим створив та перевіряв на собі дію сироватки проти холерного вібриона. Після закінчення університету Данило Кирилович виїхав до Кам'янець-Подільського, де створив бактеріологічну лабораторію та пересувний протиепідемічний загін для боротьби з холерою та дифтерією. Велике значення в становленні епідеміолога мала участь у протиепідемічних експедиціях. За час перебування в Індії, Заболотний зібрав багатий матеріал про патогенез та епідеміологію чуми. Очолюючи експедиції для вивчення вогнищ чуми у Монголії, Китаї, Аравії, Месопотамії, він робить припущення, що носіями і розповсюджувачами чуми є дикі гризуни тарбагани, що підтвердив у 1910 році під час експедиції в Маньчжурії. А 3 жовтня 1912 року була виділена культура чумної палички. Під час спалахну чуми в Одесі, дослідник створив ефективну систему протиепідемічних заходів для її ліквідації. За досягнення в

галузі по вивченню чуми був нагороджений орденом Товариства Червоного Хреста. Д.К.Заболотний у 1920 році організував першу в світі кафедру епідеміології в Одеському медичному інституті. Він створив і очолив кафедру мікробіології та епідеміології з курсом дезінфекції у військово-медичній академії в Петрограді, а 1928 року – інститут мікробіології та епідеміології. Іншою гілкою досліджень стала докторська дисертація Заболотного, яка стосувалася вивчення сифілісу. Саме він першим побачив збудника цієї хвороби — білду спірохету.

15 грудня 1929 року перестало битися серце великого вченого Д.К.Заболотного. Його було поховано в с.Чоботарка поруч з могилою дружини.

Висновки: За своє життя Данило Кирилович надрукував понад 200 наукових праць, виховав численних учнів, створив власну наукову школу, був ініціатором створення Вінницького національного медичного університету. Для учених-медиків програму-максимум учений сформував як "забезпечення людям життя без хвороб, страждань і сліз". Недарма так гарно сказав про свого друга великий український терапевт, академік Стражеско: "Такі люди, як Данило Кирилович, на жаль, зустрічаються дуже рідко. Потрібно прагнути наслідувати їм, і життя стане кращим і веселішим".

Т.О. Луцюк

СИНДРОМ РЕЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В. І. Панасюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. На сьогоднішній день медицина нерозривно пов'язана з медикаментозними засобами лікування, проте безконтрольний їх прийом може стати загрозою для життя пацієнта. Яскравим прикладом є синдром Рея.

Матеріали і методи. Аналіз, порівняння та синтез інформаційних джерел.

Мета. Дослідити і вивчити причини, фактори ризику та морфологічні прояви цієї патології, систематизувати інформацію щодо даної теми.

Результати: Синдром Рея (біла печінкова хвороба) – це варіант гострої печінкової енцефалопатії, небезпечний невідкладний стан, який виникає у дітей та підлітків чоловічої статі (частіше у віці 4–15 років) під час лікування препаратами, що містять ацетилсаліцилову кислоту, і характеризується швидко прогресуючою токсичною енцефалопатією та розвитком жирової інфільтрації печінки. Синдром Рея супроводжується гіперамоніємією, підвищенням активності амінотрансфераз у сироватці крові (більше ніж у 3 рази) при нормальному рівні білірубіну.

Під впливом ацетилсаліцилової кислоти активується каскад біохімічних реакцій, що призводять до пригнічення функцій мітохондрій, спостерігається деформація крипт, набухання і подальший розрив мембран цих органел. Поряд з порушенням β-оксидації жирних кислот відбувається порушення піруваткарбоксілази, зниження вироблення глікогену і розвиток гіпоглікемії. Далі запаси глікогену в печінці і м'язах починають різко зменшуватися.

Морфологічні зміни в ЦНС подібні до гострого енцефаліту. Печінка збільшена, гепатоцити великі, цитоплазма бліда. Є дифузний внутрішньоклітинний стеатоз. Некрозу, запальної інфільтрації зазвичай немає або вони виражені в портальних і перипортальних просторах. Жирова дистрофія легкого ступеня виявляється в інших внутрішніх органах (міокарді, підшлунковій залозі). В епітеліальних клітинах проксимальних ниркових каналців відзначаються різкий набряк і жирова дистрофія.

Перша ознака захворювання - раптове погіршення стану та постійна блювота зранку. З'являється дрібна висипка, починаються зміни нервової системи. Спочатку хворий загальмований і сонливий, можна помітити тремтіння рук або неконтрольоване скорочення окремих груп м'язів. Виникають неадекватні реакції. Далі настає стан «ступору». При прогресуванні хвороби малюк впадає у стан коми. При відсутності лікування починаються судоми і зупинка дихання. Лікування спрямоване на купірування патологічних процесів, що відбуваються в організмі, і підтримку життєво важливих органів.

Смертність на початковій стадії синдрому становить 5%, в стадії інтермітуючої коми - 50-60%, на останній стадії - 95%.

Висновки. Систематизувавши дані інформаційних джерел, можна зробити висновок, що синдром Рея зустрічається досить рідко, проте високий відсотковий показник смертності свідчить про пізню діагностику патології. Під час лікування аспірином дітей з гіпертермічним синдромом необхідно враховувати можливі ускладнення, щоб уникнути летальних наслідків. Саме поширення інформації про даний синдром та вирішення питань ранньої діагностики дозволить знизити смертність.

Н.А. Мазурук, С.Д. Кованцев
ВАРИАНТЫ ФОРМЫ СЕЛЕЗЕНКИ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Кафедра анатомии человека

О.В. Белик (к. мед. н., доц.)

Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николая Тестемицану

Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Селезёнка является органом, отличающимся значительной вариабельностью формы и строения. Внедрение сберегательных методов хирургического лечения повреждений данного органа обуславливают необходимость знания его особенностей для минимализации внутриоперационных осложнений. По данным А. К. Инакова (1985), выделяют 3 формы селезенки: удлинённая, круглая и промежуточная. Согласно данной классификации, форму селезенки определяют по ее индексу, где ширина органа делится на его длину и умножается на 100%. Показатель менее 63% указывает на удлинённую форму, более 76% – на круглую форму и от 63% до 75% – на промежуточную. N. A. Michels (1955) выделяет 3 варианта формы: клиновидную (44%), четырехгранную (42%) и трехгранную (14%). Другим способом определения формы селезенки – по конфигурации ее ворот – выделяют два основных типа: селезенка с ровными краями и узкими воротами (30%) и вариант с неровными краями и широкими воротами (70%). Последний вариант строения имеет особое клиническое значение, ввиду того, что для широких ворот характерен рассыпной тип ветвления селезёночной артерии, что может вызывать определённые сложности при хирургических вмешательствах на селезенке.

Цель. Изучить формы селезенки используя классификации А. К. Инакова и N. A. Michels.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 73-х селезёнках, полученных от пациентов, чья смерть не сопровождалась патологией данного органа. Органы изучались с использованием макро-микроморфологического метода. Полученные данные анализировались статистическим методом, с помощью программ Excel и SPSS.

Результаты. Из 73 препаратов 24 селезёнки имели удлинённую форму (32,87%), 28 – круглую (38,35%), 21 орган – промежуточную (23,76%). Согласно классификации N. A. Michels клиновидная форма встречалась в 61,64% случаев (45 препаратов), четырехгранная – у 13-ти препаратов (17,81%) и трехгранная – в 20,55% случаев (15 препаратов). При изучении формы селезенки согласно ее воротам, селезенка с ровными краями и узкими воротами была установлена на 47-ми препаратах (64,38%), а вариант с неровными краями и широкими воротами (по типу медузы) выявлен на 26-ти препаратах (35,62% случаев).

Выводы. Формы селезенки имеют важное значение для фундаментальных и клинических дисциплин. Существует несколько классификаций форм селезенки. Классификация по ширине ворот имеет клиническую важность в хирургической практике.

А.К. Макогон, О.О. Равчук, І.М. Плахотнюк

ОЦІНЮВАННЯ ПОВНОСТИ ОПИСУ ТРУПНИХ ЗМІН У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ (ВОБСМЕ)

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.І. Гунас (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Основною роботою судово-медичного експерта є вирішення питань стосовно причин та часу настання смерті. Це неможливо встановити без дослідження трупа на місці події та фіксації отриманих при цьому судово-медичних даних. Саме якість описання трупних змін допомагає отримати відповіді про час настання смерті. Таким чином, опис трупних явищ на місці подій є один з важливих критеріїв оцінки діяльності судово-медичного експерта.

Мета: оцінити повноту опису трупних явищ на місці події судово-медичних експертів ВОБСМЕ.

Матеріали та методи: архіви ВОБСМЕ за 2012 рік; статистичний, аналітичний, узагальнюючий.

Результати: Виявлено ряд недоліків у описанні трупних явищ. Так, трупні плями зазначені у 391 із 393 проаналізованих архівів, що становить 99,49 %, однак лише у 206 випадках, що складає 52,42 %, вони охарактеризовані повною мірою, тоді як у 185 випадках (47,07 %) трупні плями описані без уточнення їх критеріїв. До таких критеріїв відносяться: локалізація трупних плям, колір, інтенсивність та час, за який поновлюються після натискання. Отже, трупні плями описані належним чином лише у половині випадків, що не можна вважати задовільним результатом, оскільки це суттєво вплине на правильність встановлення причини та часу настання смерті. При вивченні опису трупного охолодження встановлено, що дане явище вказане в 303 випадках із 393, тобто у 77,1 %. Очевидно, дана ознака смерті ігнорується судово-медичними експертами через її безсумнівну наявність у будь-якого досліджуваного трупа. Проте не варто забувати, що динаміка зниження температури тіла є ціннісною ознакою при встановленні часу настання смерті. При цьому в описі трупного охолодження не зазначаються точні цифри, лише вказується, що "труп холодний на дотик". Аналіз опису трупного заляккання показує більш прийнятні результати. Це явище зазначене у 383 випадках із 393, що відповідає 97,46 %. Відсутність даної характеристики в решті 10 випадках може вказувати на неможливість

визначення трупного залякання у досліджуваного трупа, однак у звіті не пояснено причини, згідно з якими судово-медичний експерт проминає опис цієї ознаки. Опис трупного висихання здійснено лише 54 випадках з 393, що складає 13,74 %. Такий результат можна розцінити як недбалість у роботі судово-медичних експертів при зовнішньому дослідженні трупа. Вивчення трупного висихання є важливим для встановлення давності настання смерті, умов перебування трупа. опису пергаментних плям.

Висновки: З огляду на результати проведеного дослідження, а саме на виявлені в ході цього недоліки: неповнота опису трупних плям у 47,07 % звітів, фіксація трупного охолодження та трупного висихання лише у 77,1 % та 13,74 % випадків відповідно, рекомендується провести роз'яснювальні бесіди серед працівників ВОБСМЕ. Суть просвітницької роботи полягає в донесенні до судово-медичних експертів важливості детального опису всіх ранніх абсолютних ознак смерті, оскільки це є важливим критерієм ефективності їхньої роботи.

М.М. Маслюк, В.І. Гунас

ДОТРИМАННЯ СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ ВОБСМЕ СТАНДАРТІВ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПІВ У ВІДПОВІДНОСТІ ДО НАКАЗУ № 6 МОЗ УКРАЇНИ ВІД 17.01.1995 РОКУ, А САМЕ "ПРАВИЛ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ /ДОСЛІДЖЕНЬ/ ТРУПІВ У БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ", ПУНКТ 2.2.

Кафедра «Патологічної анатомії, судової медицини та права»

Д.В. Мусієнко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: дотримання максимально високих стандартів якості при виконанні роботи судово-медичними експертами бюро судово-медичної експертизи є запорукою постановки правильного судово-медичного діагнозу. На жаль, дана тематика погано висвітлюється у сучасних вітчизняних літературних джерелах. Адже недотримання стандартів може призвести до труднощів та помилок при встановленні причини смерті, підтвердженні чи спростуванні клінічного діагнозу. Аналіз судово-медичної документації дозволив би виявити можливі недоліки в роботі експертів.

Мета: оцінювання повноти надання даних судово-медичними експертами стосовно взятих шматочків внутрішніх органів (їх кількості), та фіксування цього у відповідній частині «Акту судово-медичного дослідження»; оцінювання якості дотримання вимог при заборі матеріалу на дослідження згідно з наказом № 6.

Матеріали і методи: використання архіву бюро Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи (ВОБСМЕ) за 2012 рік. Формування бази даних за допомогою програми Microsoft Excel. Статистична обробка складових показників бази даних.

Результати: В ході роботи було опрацьовано 310 судово-медичних актів, з них: повністю відповідають "Правилам проведення судово-медичних експертиз (досліджень) трупів" відповідно до наказу № 6, а саме їх спеціальної частини - пункту 2.2. «Особливостям дослідження трупів і взяття матеріалу на лабораторні дослідження при деяких видах смерті» - 47 випадків. В жодному з 263-х судово-медичних актів інформація про відправлені на судово-гістологічне дослідження шматочків внутрішніх органів не була подана в повному обсязі відповідно до вимог наказу № 6. Виходячи з чинного законодавства, в разі недотримання стандартів правильність дій експерта піддається сумнівам, а розглянутий випадок відноситься до категорії невідповідності вимогам. Виявлено спільну для всіх експертиз помилку в невідповідній до стандартам кількості набраних шматочків (зокрема, помилка забору надниркових залоз є спільною для всіх 263) та в 12 виявлено дефект оформлення дослідницької частини акту, а саме не вказано органи, з яких відібрано шматочки.

Висновок: спільним для всіх випадків стала помилка експертів у заборі шматочків надниркових залоз. В переважній більшості проаналізованих судово-медичних актів помилки експертів зводяться до невірно внесених даних стосовно забору матеріалу на дослідження. Також варто відмітити, що в більшості випадків виявлено неправильне формулювання назви та кількості відправлених на дослідження органів. Дані матеріали будуть використані на виробничих нарадах ВОСМЕ. Також будуть проводитись лекції згідно покращення роботи судово-медичних експертів. Будуть розіслані інформаційні листи, які будуть містити стандарти щодо заповнення протокольної частини згідно чинного законодавства.

Є.О.Машкевич

ПРАВОВИЙ СТАТУС НЕПОВНОЛІТНІХ ОСІБ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О. О. Верлан (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розвиток правових відносин, зміна соціальних пріоритетів та соціальна активність молодих осіб призводить до того, що в багатьох сферах суспільного життя неповнолітній приймає рішення самостійно.

Проблема вивчення питання участі неповнолітньої особи у сфері послуг охорони здоров'я залишається відкритою. В системі вітчизняного законодавства залишаються різні дефініції стосовно осіб цієї вікової групи.

Мета: Провести ґрунтовний та змістовний аналіз правових можливостей неповнолітніх осіб в ході проведення медичних втручань в різних вікових групах, для подальшого покращення їх юридичного супроводу за необхідності.

Матеріали та методи:

Матеріали: основні нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я України, Кримінально-процесуальний кодекс України, Основи законодавства України про охорону здоров'я стаття 1, стаття 43, Наказ МОЗ України №382 «Про затвердження тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді» з внесеними змінами відповідно до Наказу МОЗ України №1055 від 2.12.2013р.

Методи: порівняльно-правовий, аналітичний, формально-логічний.

Результати: В ході нашого дослідження було встановлено, що в сучасних нормативно-правових актах немає єдиного тлумачення терміну «неповнолітня особа», що призвело до неоднозначності у правовому статусі даних осіб. Також відсутній законодавчий акт який би в повній мірі розкривав питання участі осіб цієї вікової групи у сфері послуг охорони здоров'я.

Висновки: Правовий статус неповнолітніх осіб у сфері охорони здоров'я не є досконало врегульованим питанням, тому дана проблема потребує подальшого вивчення та доопрацювання на законодавчому рівні та подальшого впровадження в юридичну практику.

Н.В. Мевшук

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ БОРОЗЕН КІНЦЕВОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

Кафедра нормальної анатомії людини

П.О. Стельмащук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Згідно публікацій наукових джерел останніх років церебральна патологія плодів і новонароджених являє собою актуальну проблему сучасної охорони здоров'я. Одним з дефектів нейральної міграції є лісенцефалія, яка характеризується «гладкою» поверхнею мозку, при якому відсутнє формування звивин головного мозку. Сучасні методи дослідження, такі як, МРТ ТА УЗД головного мозку людини не дають визначити початок формування основних борозен.

Мета: Встановлення особливостей змін параметрів півкуль та формування звивин головного мозку людини у пренатальному періоді

Матеріали та методи: Головний мозок 25 ембріонів та плодів людини. Анатомічні методи (пошарове та тонке препарування, мікропрепарування).

Результати: Швидке зростання людського мозку під час розвитку призводить до зміни рельєфу півкуль головного мозку.

Дане дослідження дозволяє оцінити темп формування рельєфу поверхні півкуль головного мозку та його відповідність гестаційному віку.

В 13-14 тижнів внутрішньоутробного розвитку (ВУР) борозни наявні лише на медіальній поверхні півкуль (борозни: острогова, тім'яно-потилична, мозолистого тіла), верхньо-бічна поверхня півкуль головного мозку гладка, розпочинається формування бічної борозни у вигляді ямки;

З 20 до 23 тижня ВУР відбувається формування центральної борозни першого порядку, яка дозволяє розмежувати великі півкулі на лобову та тім'яну частки.

В 24-26 тижнів ВУР завершується формуванням всіх борозен першого порядку.

В 35-36 тижнів ВУР візуалізуються головні борозни (борозни I порядку). Це найбільш глибокі складки на поверхні мозку, які є постійними в подальшому розвитку півкуль мозку у різних людей.

В 40 тижнів ВУР розпочинається формування борозен II порядку. Ці складки, розташовані на поверхні півкуль кінцевого мозку, мають характерне місце та напрям, в якому вони орієнтовані. Їх форма може індивідуально варіювати. Глибина цих борозен досить велика, але значно менше, ніж у борозен I порядку.

Борознам III порядку притаманне формування після народження. Їх контури мінливі, а топологія має етнічні або індивідуальні особливості. Як правило, борозни III порядку не успадковуються.

Висновки: Форма борозен, термін їх виникнення та мінливість є наочним критерієм, який дає можливість оцінювати стан розвитку головного мозку та проводити вчасне виявлення вад розвитку ЦНС.

Т.А. Мельник
**ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАБУТТЯ ГЕНЕТИЧНОЇ ГЕТЕРОГЕННОСТІ МЕТАСТАЗІВ В
КОНТЕКСТІ ПАРАЛЕЛЬНОЇ ПРОГРЕСІЇ ПУХЛИН**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О. Бевз (ас.)

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

Актуальність: Процес метастазування є одним із найбільш злоякісних та важко прогнозованих етапів розвитку онкологічних захворювань. Основною проблемою є прогресуючий якісний та кількісний розвиток мутацій на епігенетичному та генетичному рівнях. Такі зміни непомітні при дослідженні препаратів за допомогою стандартних мікроскопічних та імуногістохімічних методів діагностики, тому потребують додаткового вивчення. Їх вплив може зумовлювати зміну вектора розвитку пухлини та унеможливити повторне застосування протиракових ліків, що дали позитивний результат при лікуванні первинної пухлини.

Мета: Висвітлити механізм та основні етапи метастазування, виходячи з теорії паралельної прогресії пухлин й можливі шляхи утворення вторинного вогнища росту злоякісної пухлини. Визначити складові процесу, які можуть стати передумовою набуття молекулярно-генетичних змін метастазів. Проаналізувати потенціал використання отриманих даних в клінічній практиці для розширення можливостей діагностики і створення прогнозу розвитку онкологічних захворювань.

Матеріали і методи: Використовувались дані стандартних гістологічних й імуногістохімічних методик, полімерну ланцюгову реакцію та флуоресцентну гібридизацію *in situ*.

Результати: Визначено, що одразу після злоякісної трансформації клітини починає розвиватися два паралельних процеси. Перший – розвиток первинної пухлини, другий – метастазування, який може мати декілька типів розвитку. Значний вплив на обидва процеси здійснюють екзосоми, їх складові та циркулюючі фрагменти різних видів дезокси- та рибонуклеїнової кислоти. Процеси метастазування та розвитку пухлини здійснюються за допомогою перенесення й зміни епігенетичної та генетичної інформації як у здорових, так і у ракових клітинах. Вищевказані субклітинні частки зумовлюють набуття метастазами молекулярно-генетичної відмінності від первинної пухлини. Така модифікація може як проявлятися якісними змінами, так і залишатися непомітною при мікроскопічному дослідженні. Проте, відсутність зовнішніх ознак не є підставою вважати первинну пухлину та її метастази ідентичними, оскільки відмінності можуть проявлятися тільки на епігенетичному або генетичному рівнях. Ідентифікація цих змін є однією з ключових ланок діагностики, оскільки різна варіація генів, може впливати на активність прогресування та резистивність пухлини до хіміотерапії.

Висновки: Метастазування починається на ранньому етапі розвитку раку, та може мати декілька шляхів розвитку. Існує відмінність між первинною пухлиною та її метастазами, що зумовлює необхідність призначення додаткових методів дослідження, які обов'язково мають враховуватись при призначенні таргетної терапії.

С.Т. Месяцева, А.В.Ряба

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ

Кафедра нормальної фізіології

Т.П.Рисинець (к. псих. н.)

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

Актуальність:Більшість дослідників вивчають різні прояви самооцінки, зокрема, її зв'язок із успіхом та невдачею подолання складних ситуації. Зв'язок самооцінки з подоланням складної ситуації комплексна, вона вміщує зворотний зв'язок із сумарною кількістю попередніх успішних та неуспішних спроб подолання різноманітних впливів. Якщо людина оцінює себе достатньо високо, малоймовірно, що вона буде реагувати на ті чи інші події як емоційно важкі та стресові. Окрім цього, якщо вона потрапить у життєву ситуацію, вона здатна з нею краще впоратися, аніж людина із низькою самооцінкою. Це дає людині додаткову інформацію щодо власних можливостей і сприяє зростанню самооцінки. Проблеми подолання у людей із низькою самооцінкою пов'язані із високим рівнем тривожності або страху під дією загрози, аніж люди із позитивною самооцінкою.

Мета: Виявлення взаємозв'язку копінг-стратегій та індивідуальних особливостей студентів.

Матеріали і методи дослідження:Для діагностики стратегій подолання застосовано опитувальник С. Хобфолла, «Методика дослідження самооцінки (С.Будассі)».

Результати:Переважна більшість студентів (51,8% досліджуваним властива середня ступінь виразності; 18,5% – висока) в складних ситуаціях використовує асертивні дії, які дозволяють відчувати себе активними суб'єктами в процесі подолання навантажень і проблем, що обумовлює в свою чергу появу відчуття власного контролю над ситуацією, внутрішньої впевненості і комфортності. Пошук підтримки активно використовують 27,7% досліджуваних, тобто вони потребують соціальної підтримки, коли їх наздоганяє ситуація загрози або

стресу, для них дуже важливо, щоб поряд були близькі люди. У 37% досліджуваних рівень виразності асоціальних стратегій подолання є високим, тобто їх поведінка у проблемних ситуаціях може проявлятися у категоричності та конфліктності. Для 39% властива висока ступінь виразності прямої стратегії подолання – імпульсивних дій, що характеризуються недостатньою усвідомленістю та обдуманістю і вирізняються підпорядкуванням емоціям у процесі їхнього виконання.

Виявлено, що надмірно висока самооцінка позначається на виборі такої копінг-стратегії, як «імпульсивні дії». На підставі неадекватно завищеної самооцінки у людини виникає помилкове уявлення про себе, ідеалізований образ своєї особистості, завищена самооцінка породжує протиріччя та зумовлює імпульсивну поведінку. В свою чергу занижена самооцінка студентів зумовлює вибір такої копінг-стратегії, як «агресивні дії». Невпевненість у собі, надмірна самокритичність, неможливість реалізувати свої здібності слугують реальною загрозою вітальним інтересам, які обирають означену копінг-стратегію з метою протистояти шкідливим для них впливам.

Висновок: Отже, в результаті взаємодії студентів з складною ситуацією відбувається усвідомлення значущості її вирішення, пошук власного індивідуального варіанту подолання, задоволення своїх актуальних потреб та відновлення комфортного психологічного стану.

В.Р. Мирончук, А.О. Косташ, Л.В. Вакуленко

ДОСЛІДЖЕННЯ ОБ'ЄМУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Кафедра нормальної фізіології

С.В. Коновалов (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Короткочасна пам'ять відіграє велику роль у житті людини. Без хорошої короткочасної пам'яті неможливе нормальне функціонування довготривалої пам'яті. Таким чином, короткочасна пам'ять є головною складовою для фільтрації інформації та переходу її в довготривалу пам'ять.

Мета: Провести порівняльний аналіз об'єму короткочасної пам'яті (ОКП) у студентів-медиків ВНМУ ім. М.І.Пирогова медичного факультету №1 II курсу, для з'ясування факту існування відмінності в ОКП у студентів у різні періоди навчання, з різним рівнем успішності та гендерним аспектом.

Матеріали та методи: Проведено тестування за тестом на «Об'єм короткочасної пам'яті» серед 100 студентів, а саме 50 юнаків (середній вік 19,5±2) та 50 дівчат (середній вік 19,24±2) ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Здійснено аналіз отриманих результатів за допомогою ASUS X75V та статистичної програми STATISTICA 10.

Результати: У результаті дослідження встановлено наступне: середнє значення тесту ($M \pm m$) ОКП дівчат 1 пара = 7,38±0,25; $M \pm m$ (ОКП юнаки 1 пара) 7,45±0,34; $M \pm m$ (ОКП дівчат 4 пара) 6,56±0,21; $M \pm m$ (ОКП юнаки 4 пара) 6,62±0,3; Ми можемо спостерігати невірні статеві відмінності середнього значення ОКП між дівчатами та юнаками ($p=0.867$); протягом навчального дня середнє значення тесту $M \pm m$ (ОКП дівчат 1 пара) 7,38±0,25; $M \pm m$ (ОКП дівчат 4 пара) 6,56±0,21; $M \pm m$ (ОКП юнаки 1 пара) 7,45±0,34; $M \pm m$ (ОКП юнаки 4 пара) 6,62±0,3; Ми спостерігаємо вірогідне зниження ОКП у респондентів ($p<0.001$); середнє значення тесту $M \pm m$ (ОКП дівчат 1 пара) 7,38±0,25; $M \pm m$ (середній навчальний бал дівчат) 4,05±0,07; $p=0,361$; $M \pm m$ (ОКП юнаки 1 пара) 7,45±0,34; $M \pm m$ (середній навчальний бал юнаків) 3,76±0,07; $p=0,11$; Не простежується залежність між рівнем успішності та показником ОКП.

Висновки: Виходячи з результатів дослідження, ми дійшли таких висновків: статистичного значення гендерних відмінностей в об'ємі короткочасної пам'яті немає; об'єм короткочасної пам'яті зменшується ($p<0.001$) під час постійного навчального навантаження протягом дня; рівень об'єму короткочасної пам'яті та рівень успішності студента суттєво не впливають одне на одного.

И.А. Молокова

РОЛЬ ЭСТРОГЕНОВ В РАЗВИТИИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии и эпидемиологии

С.Ю. Егорова (к.б.н.)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

г. Днепр, Украина

Актуальность. Аутоиммунные заболевания – класс разнородных заболеваний, характеризующихся агрессивностью иммунной системы по отношению к антигенам собственного организма и, как следствие, повреждением нормальных тканей и развитием аутоиммунного воспаления. В настоящее время зарегистрировано более 70 видов аутоиммунных заболеваний. Около 78% больных – женщины. По мнению многих исследователей, очень важную роль в этом играют именно эстрогены. В данном обзоре рассмотрены основные эффекты женских половых гормонов на иммунную систему и механизмы, с помощью которых они могут индуцировать развитие аутоиммунных заболеваний.

Цель: определить причины более частой аутоиммунизации женщин и механизмы, лежащие в основе потери

толерантності імунної системи к собственним антигенам и развития аутоагресии.

Матеріали и методи. Проведен літературний обзор научных публикаций по иммунологии и эндокринологии.

Результаты. Женская иммунная система обладает большей бдительностью и реактивностью, чем мужская. Так, у женщин наблюдается более быстрое отторжение трансплантата, а уровни циркулирующих в крови антител, IL-1, IL-4, IFN-gamma выше таковых у мужчин. Установлено, что эстрогены повышают активность гуморального ответа, в то время как андрогены и прогестерон в равной степени его тормозят. Разные концентрации эстрогенов оказывают различные эффекты на иммунокомпетентные клетки. Часто эти эффекты противоположны.

Учеными выявлено, что такие заболевания, как ревматоидный артрит и системная красная волчанка, имеют в качестве патологической основы нарушенный баланс половых гормонов со сниженным уровнем иммуносупрессивных андрогенов и повышенной концентрацией иммуномодулирующих эстрогенов.

Принципиально важным является влияние эстрогенов на тимус. В нем происходит позитивная и негативная селекция Т-лимфоцитов. Нарушения этих процессов приводят к аутореактивности. Медуллярными клетками тимуса экспрессируется AIRE - аутоиммунный регулятор, выступающий транскрипционным фактором экспрессии тканеспецифических антигенов организма и принимающий участие в дифференцировке Т-регуляторных лимфоцитов. Исследования показали, что эстрогены снижают, а тестостерон повышает экспрессию AIRE. Выключение или дефектность AIRE приводят к спонтанным и индуцированным аутоиммунным заболеваниям, опосредованным Т-регуляторными клетками.

Выводы. Согласно вышеприведенным данным, женщин к аутоиммунизации предрасполагают особенности организма, заключающиеся в повышенной реактивности иммунной системы, значительных колебаниях эстрогенов и их метаболитов в течение жизни, эффектах, опосредованных через рецепторы эстрогена иммунокомпетентных клеток. Особую роль играет влияние эстрогенов на экспрессию AIRE, необходимого для негативной селекции Т-лимфоцитов. Его снижение приводит к появлению аутореактивных клеток, вызывающих аутоиммунные нарушения. Кроме того, повышение уровня эстрадиола приводит к иммуносупрессии, а физиологические уровни стимулируют иммунную систему.

А.М. Музика, Ю.О. Шишковська

ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Кафедра нормальної фізіології

М.В. Йолтухівський (д. мед. н., проф.), Л.С. Лойко (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Відомо, що будь-які сильні емоційні переживання впливають на фізичний стан людини. Існує цілий клас захворювань, у виникненні яких психологічні причини мають вирішальне значення. Ось вони – ішемічна хвороба серця, есенціальна гіпертензія, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, нейродерміт тощо. Для визначення таких захворювань медики разом з психологами рекомендують вживати термін – психосоматичні захворювання. Отже, психосоматичні захворювання – це розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення і загострення яких є психогенні чинники. За даними ВООЗ, серед всіх пацієнтів, які звертаються до лікарів, відсоток психосоматичних хворих складає від 38% до 42%. Враховуючи вищевикладене, **метою** нашого дослідження стало вивчення впливу психологічних чинників на перебіг ішемічної хвороби серця.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети була проведена психодіагностика стресових станів у пацієнтів Черкаського обласного кардіологічного центру. У дослідженні взяли участь 28 пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Психодіагностика проводилася за методикою оцінки нервово-психічної напруги Т.А. Немчина.

Результати дослідження показали, що вісімнадцять хворих (64%) знаходилися в стані надмірної нервово-психічної напруги, семеро (25%) – помірної. Лише у п'яти пацієнтів (11%) визначався слабкий рівень нервово-психічної напруги. В свою чергу, у чотирнадцяти хворих (78%), які знаходилися в стані надмірної нервово-психічної напруги, визначалася загроза виникнення інфаркту міокарда (за даними коронарографії). Серед пацієнтів, в яких визначався середній рівень нервово-психічної напруги, у чотирьох (57%) спостерігався подібний ризик.

Висновок. Таким чином, проведене дослідження демонструє вплив психологічних чинників на перебіг ішемічної хвороби серця.

А. Назарчук
**ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ A. BAUMANNII, P. AERUGINOSA,
ВИДІЛЕНИХ У ПАЦІЄНТІВ З ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ**

Кафедра мікробіології
Г.К. Палій (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Швидке зростання резистентності до антибіотиків збудників інфекційних ускладнень негативно впливає на ефективність профілактики, лікування хворих антимікробними препаратами.

Мета. Дослідити властивості клінічних штамів A. baumannii, P. aeruginosa.

Матеріали і методи. Використовували антибіотики (амікацин, амоксицилін/сульбактам, меропенем, піперацилін, цефепім, цефоперазон/сульбактам) антисептики декаметоксин[®] (ДКМ[®]), хлоргексидин (ХГ), антимікробної композиції ДКМ[®] (АМК). Протимікробну дію антибіотиків, антисептиків, АМК вивчали на клінічних штамів A. baumannii (n=114), P. aeruginosa (n=84), виділених від хворих (n=405) з опіковою травмою з II-III ступенем важкості. Ідентифікацію проводили стандартними методами. Чутливість мікроорганізмів до АМК, яку використовують в імпрегнації медичних матеріалів. Крім того, вивчали можливий вплив модифікованих полісахаридів на протимікробну активність ДКМ[®]. Для встановлення ефективності поєднаної дії антисептиків і антибіотиків визначали чутливість A.baumannii, P. aeruginosa до цефепіму, меропенему, амікацину в присутності суббактеріостатичних концентрацій ДКМ[®]. Дослідження чутливості виконували загальноприйнятими методами (наказ МОЗ України №167 від 05.04.2007 р.).

Результати. В ізолятів A. baumannii, P. aeruginosa встановлено типові морфологічні, тинкторіальні, культуральні, біохімічні ознаки; низьку чутливість до антибіотиків. Бактерії A.baumannii проявляли низьку чутливість до цефепіму (5,9±1,1) %; амікацину (11,5±1,8) %; піперациліну (15,4±4,9)%; меропенему (35,3±7,7) %; амоксициліну/сульбактаму (43,6±9,5) %; цефоперазону/сульбактаму (48,7±11,4) %. Низькою чутливістю також характеризувались штами P. aeruginosa (цефоперазон/сульбактам (20,1±2,9) %; цефепім (21,8±0,7) %; амікацин (29,8±7,5) %; меропенем (39,1±7,6) %). Високі бактерицидні властивості встановлено в ДКМ[®] (36,7±1,3 мкг/мл); АМК (26,6±1,1 мкг/мл), ХГ (69,4±3,6 мкг/мл). Вищі показники мінімальних бактерицидних концентрацій (МБцК) вказували на вищу стійкість P.aeruginosa до АМК (МБцК 138,9±12,9 мкг/мл), ДКМ[®] (194,1±13,1 мкг/мл), ХГ (263,1±28,6 мкг/мл). Доведено, що в присутності ДКМ[®] чутливість A. baumannii зростала до цефепіму в (5,9±0,6) рази, меропенему в (3,2±0,2) рази, амікацину в (4±0,4) рази, а в клінічних штамів P. aeruginosa покращилась до цефепіму в (6,6±0,9) рази, меропенему в (6,3±0,9) рази, амікацину в (5,1±0,6) рази.

Висновок. A. baumannii, P. aeruginosa, які колонізують опікові рани, мають високу стійкість до бета-лактамних, аміноглікозидних антибіотиків. A. baumannii має чутливість до антисептиків ДКМ[®], АМК. Протимікробна дія ДКМ[®] залишається високою в складі АМК. Поєднане застосування суббактеріостатичних концентрацій ДКМ[®] з антибіотиками забезпечує підвищення чутливості A.baumannii, P.aeruginosa до амікацину, меропенему, цефепіму.

В.В. Неровный, М.С. Конодюк

**МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО ПОДОШВЕННОГО АПОНЕВРОЗА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ
НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Кафедра анатомии человека
Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко
Харьковский национальный медицинский университет
м. Харків, Україна

Вступ. Интерес к изучению соединительнотканых образований стопы человека обусловлен запросами практической медицины в связи с лечением заболеваний и поврежденных нижней конечности. В литературе сведения о строении подошвенного апоневроза и его васкуляризации достаточно полными получены путем препаровки и инъекции сосудов различными массами. Также полными являются топографо-анатомические данные о строении и прикреплении апоневроза и об основных источниках кровоснабжения.

Цель. Изучение микроциркуляторного русла подошвенного апоневроза.

Материалы и методы исследования. Изучение ангиоархитектоники проводилось на препаратах, кровеносные сосуды которых были налиты массой Герота через артерии: подколенную, тыльную стопы и заднюю большеберцовую, проводилось препарирование и просветление расслоенных фрагментов. Гистотопография и структура микроциркуляторных сосудов изучались на срезах, окрашенных гематоксилином-эозином и по ван Гизону.

Результаты. Проведенная работа позволила изучить ангиоархитектонику и подтвердить топографо-анатомические данные о строении и прикреплении апоневроза и об основных источниках кровоснабжения.

Выводы. Таким образом, заключительные фазы трансформации микроциркуляторного русла подошвенного апоневроза при системных заболеваниях артерий и вен сопровождаются комплексом неспецифических

изменений всех сосудистых звеньев, которые свидетельствуют о значительном снижении компенсаторной приспособляемости микроциркуляторного русла в целом.

Л.І. Нетребін

ВПЛИВ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З БРОНХО-ПУЛЬМОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Н.С. Слепченко (к.мед.н, доц.)

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Пилипонова (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Порушення прохідності бронхів при їх обструкції формується за рахунок спазму непосмугованих м'язів, під впливом підвищеного тону блукаючого нерва або недостатньої β -адренорецепції стінки бронхів, і запальним набряком. Прогресування обструкції асоціюється із запальною відповіддю легень на шкідливі фактори (тютюновий дим, вихлопні гази, пил, тощо). Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одне із захворювань, показник смертності від якого продовжує зростати. На ХОЗЛ страждає від 8 до 40% дорослого населення віком від 40 років. Бронхіальна астма (БА) – захворювання дихальної системи людини, що проявляється раптовими нападами задухи, рецидивуючими епізодами свистячих хрипів, кашлю і задишки. Спостерігається як у дітей, так і дорослих і також відноситься до числа найбільш поширених сучасних хвороб (від 4 до 10% населення). Тому вивчення даної патології та пошук новітніх ефективних методів лікування і профілактики є актуальним для сьогодення.

Мета: Визначити вплив дихальних методик на зміни ЧСС, показників спірометрії (ЖЄЛ) серед пацієнтів з ХОЗЛ та БА в період загострення.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 22 хворих з ХОЗЛ та 34 хворих на БА. Проведений пальпаторний метод визначення частоти пульсу на променевій артерії, частоту дихальних рухів за екскурсією грудної клітки, та, за допомогою спірографу «Minispirg», вимірювали показники спірометрії (FVC, FEV1, FEV1/FVC, PEF, FEF25, FEF50, FEF75). Хворі отримували традиційне лікування згідно клінічних протоколів та додатково, на протязі 2-х місяців, виконували вправи з дихальної гімнастики за методикою Ребефінгу, і по Бутейку. Вони, відповідно до тривалості використання дихальної гімнастики були поділені на 3 групи (перша група – тривалість занять дихальної гімнастики до 1-го місяця (n=19 чоловік), друга - від 1-го до 2-х місяців (n=16 чоловік), третя (n=21 чоловік) – контрольна). У дослідженні використовували наступні методи для обробки даних: реєстрування, ранжування, порівняння.

Результати: В результаті проведеного дослідження встановлено, що величина ЧСС, внаслідок виконання дихальної практики – знижується. Загальна частота пульсу при стані спокою у хворих з ХОЗЛ нижче на 11,7 уд./хв, у хворих з БА він нижче на 12,3 уд./хв, ніж у хворих на ХОЗЛ та БА відповідно, які не займалися дихальними практиками. Показники спірометрії також зазнали змін, а саме: у першій групі збільшення ЖЄЛ на 17,3%, другої – 21,1%, третьої – 15,9%; збільшення FEV1 на 7,2%, 9,1%, 5,7% відповідно вище представлених групах.

Висновки: У пацієнтів з ХОЗЛ та БА під час загострення хвороби, на ряду з терапією, передбаченою протоколами лікування, використання методик Ребефінгу та по Бутейку показало позитивні результати: збільшення ЖЄЛ і FEV1 та зниження ЧСС і тривалості перебігу загострення захворювання. Найкращий результат отриманий в групі, яка найдовше застосовувала дихальну практику, що дає можливість розглядати використання дихальних гімнастик для покращення стану хворих з бронхо-легеневою патологією.

А.К. Новоскольцев

ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ ЗГОРТАННЯ ТА ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра патофізіології

Д.В.Пашевін (к.м.н., ас.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність теми. Останні дані свідчать, що бета-амілоїд (А β), окрім розвитку хвороби Альцгеймера (ХА), грає важливу роль у порушенні функціонування системи гемостазу. А β розглядається у якості фактору розвитку гіперкоагуляції і асоційованих з нею захворювань.

Мета. Дослідити механізм впливу А β на порушення згортальної системи крові.

Матеріали і методи. Проведено аналіз літературних джерел науковометричної медичної бази даних PubMed за період 2013-2017, з використанням 37 наукових статей.

Результати. Олігомери А β можуть взаємодіяти з XII фактором згортання (фактор Хагемана) крові з утворенням його активної форми (XIIa). XIIa зумовлює активацію внутрішнього шляху згортання крові, шляхом ініціації XI фактора згортання, з утворенням тромбіну та збільшення активності калікреїн-кінінової

системи через активацію прекалікреїну. Встановлено, що Аβ42 не викликає утворення тромбіну у зразках плазми крові людини позбавлених XII фактору. Це вказує на XII-асоційований вплив бета-амілоїду на розвиток гіперкоагуляції. До того ж протромботична дія Аβ42 може здійснюватись без участі тромбоцитів. Інші дослідження вказують, що Аβ, взаємодіючи з фібрином/фібриногеном, зумовлює збільшення агрегації фібриногену, фібрилізації Аβ та утворення стійких до деградації згустків фібрину. Зниження рівня фібриногену покращувало когнітивну здатність у тваринній моделі хвороби Альцгеймера.

Висновки. Прокоагулятивна здатність Аβ вказує, що ХА є фактором ризику розвитку гіперкоагуляції та тромботичних ускладнень, в тому числі серцево-судинних катастроф таких як інсульт та інфаркт міокарда. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення зв'язку серцево-судинних захворювань та хвороби Альцгеймера, оскільки вони мають важливе медико-соціальне значення. Нові механізми дії Аβ зумовлюють пошук нових напрямків фармакологічного впливу з метою зменшення прогресування хвороби Альцгеймера асоційованої з серцево-судинною патологією.

М. С. Олексієнко

МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА САРКОЇДОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ЇЇ ВІДМІННОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ГРАНУЛЕМ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В. І. Панасюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Питання дослідження саркоїдозу є актуальним, оскільки захворюваність осіб збільшується з кожним роком. По статистичним даним в світі вона складає від 0,125 до 24,0, а в Україні від 4,6 до 17 на 100000 населення. Саркоїдоз органів дихання на даний момент вчені не можуть віднести до конкретної системи організму, виникають розбіжності і одна група вчених відносить його до захворювань кісткового мозку і порушень органів, які мають імунний механізм, інша - до інтерстиційних захворювань легень, третя – до дисемінованих захворювань легень. До того ж, наявність гранулем може свідчити про туберкульозне враження.

Мета дослідження: дослідити та вивчити захворюваність та поширеність саркоїдозу органів дихання в світі та в Україні за даними літератури та дослідити гістологічну картину, вивчити відмінності від туберкульозних гранулем.

Матеріали та методи дослідження: Аналіз статистичних даних. Вивчення україномовних та англійськомовних джерел по даній патології. Дослідження морфологічних змін по біопсійному матеріалу хворих на саркоїдоз органів дихання в кількості 15 препаратів та хворих на туберкульоз в кількості 15 препаратів, що фарбувались гематоксиліном та еозином. Провести аналіз морфологічних змін при цих захворюваннях.

Результати. Саркоїдоз – поліетіологічне захворювання, при дослідженні якого було визначено маркери, які зростають при ураженні паренхіми легень і було виявлено такі зміни: моноклональні антитіла для імунофенотипування клітин моноцитарно-макрофагального ряду включали HLA-DR, CD64, CD163. Для оцінки субпопуляції лімфоцитів CD7, CD3, CD4, CD8, HLA-DR, CD20(В-клітини). Також при дослідженні було визначено підвищення Квейм-антигену, для виявлення якого попередньо потрібне виготовлення реактиву Квейма-Зільцбаха. При виявлених туберкульозних змінах гранулами мали типовий вигляд з казеозним некрозом в центрі гранулем, оточених валом епітеліоїдних клітин, лімфоцитів, макрофагів, гігантських багатоядерних клітин Пирогова – Лангханса. Також вивчено поширення в світі (від 5 до 25 випадків на 100 тис. населення.) та України(1–17 випадків на 100 тис.), виявлено переважає смертності серед жінок порівняно з чоловіками; визначена роль різних етіологічних чинників: від бактерій до спадковості.

Висновки. Отримані дані дослідження свідчать, що саркоїдоз є актуальною проблемою в пульмонології і в виникненні та розвитку захворювання мають значення аутоімунні механізми з переважним ураженням Т-клітинної ланки імунітету. Для діагностики рекомендовано використовувати Квейм-тест.

І. З. Онисько, М. І. Герот, Т. І. Скрипник, І. О. Балюк, О. В. Давиденко, Я. Р. Калин

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СІДНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ДЕ- І РЕГЕНЕРАЦІЇ НА ФОНІ ЙОГО ЛАЗЕРНОГО ОПРОМІНЕННЯ

Кафедра патологічної фізіології

З. М. Яцишин (к.мед.н., доц.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність теми: на сьогоднішній день однією із вагомих проблем клінічної неврології являється розробка нових наукових підходів до лікування ушкоджень периферичних нервів, зменшення термінів регенерації і функціонального відновлення нервових провідників. Клінічному застосуванню нових методик лікування повинні передувати проведені дослідження експериментального характеру, що не викликає сумнівів в актуальності нашої роботи.

Метою наукової роботи було дослідження функціональної і морфологічної регенерації сідничного нерва після

його повного пересічення з ушиванням під дією опромінення низькочастотним світлодіодним лазером «Спектр-ЛЦ».

Матеріали і методи : експеримент проведено на 30-и лабораторних щурах лінії Wistar (200-250г), яким під ефірним наркозом в стерильних умовах було проведено пересічення лівого сідничного нерва з ушиванням кінець в кінець. Починаючи з другого дня операції проводилось щоденне опромінення зони оперативного втручання зеленим спектром (довжина хвилі в нм (нм) 575-510) низькочастотного світлодіодного лазера «Спектр-ЛЦ». Термін досліду 1, 3, 7, 15, 30, 45 і 90 діб. Дослідження відновлення сомато-вісцеральної чутливості реєструвалось по реакції тварини на больові та температурні подразники, а рухової функції за допомогою рухомої стрічки. Морфологічні зміни в структурі нервового волокна досліджено на гістологічних препаратах та електронній мікроскопії.

Результати дослідження. Отримані результати показали, що в ранні терміни досліду (1-7 доба) виникають виражені дегенеративно-дистрофічні зміни в структурі сідничного нерва, що супроводжується набряком кінцівки, втратою рухової функції і сомато-вісцеральної чутливості. На 7-15 добу дегенеративні процеси в нервовій тканині посилюється, рухова та сенсорна чутливість знижена. З 30-добы від початку експерименту з застосуванням лазерного опромінення починаються регенеративні процеси, що супроводжується поступовим відновленням функціональної активності та чутливості, але повне відновлення структури і функції сідничного нерва настає тільки на 60-90 добу. В порівнянні – регенерація ушитою пересіченого нерва без лазерної корекції настає тільки через 4-5 місяців, тобто час регенерації у 2 рази довший. А опромінення пересіченого сідничного нерва без ушивання знімає тільки набряк і сприяє швидкому заживленню рани, та рухова функція і сомато-вісцеральна чутливість залишаються повністю втраченими, а також нижче місця ушкодження розвивається нейродистрофічний процес, що проявляється звирозкуванням, а інколи самоампутацією кінцівки.

Висновок: виходячи з вищесказаного можна зробити заключення, що використання світло-діодного низькочастотного монохромного терапевтичного лазера в лікуванні ушкоджень периферичної нервової системи у 2 рази пришвидшує відновлення функціональної активності і морфологічної структури нервового волокна, що потрібно використовувати в клінічній практиці.

Н.Ю. Орел

ІННЕРВАЦІЯ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ВІЛЬНОЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ПЛОДІВ, НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Дана робота присвячена іннервації лімфатичних вузлів вільної верхньої кінцівки людини. Нами вивчалася іннервація плечових, ліктьових лімфатичних вузлів і лімфатичних вузлів передпліччя.

Мета. Дослідити іннервацію лімфатичних вузлів вільної верхньої кінцівки плодів, новонароджених та дітей раннього віку.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалом для дослідження служили трупи дітей (1-2 років), новонароджених і плодів останніх місяців внутрішньоутробного розвитку. Нами досліджено 30 верхніх кінцівок. На досліджуваних препаратах артерії проводилась ін'єкція зеленою фарбою у окислом хрому. Після ін'єкції препарати просвітлювалися у 7%-ному розчині азотної кислоти протягом 3-4 тижнів.

Результати. Джерела іннервації лімфатичних вузлів плеча. Серед плечових лімфатичних вузлів розрізняють поверхневі і глибокі. Відзначимо, що нерви верхньої кінцівки людини іннервували наступне кількість лімфатичних вузлів: серединний нерв — 76; медіальний шкірний нерв передпліччя — 39; м'язово-шкірний нерв — 38; променевий нерв—13; ліктьовий нерв -7; медіальний шкірний нерв плеча — 4; передні грудні нерви -3.

Висновки. Згідно з нашими спостереженнями, частота того чи іншого варіанту специфічна для різних груп лімфатичних вузлів.

Д. Р. Островерха

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗМУ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ. ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Кафедра медичної біології

Т. І. Шевчук (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед новонароджених особливе місце займають діти, які народилися передчасно, тобто недоношені. Вони складають 60 % перинатальної смертності. У таких дітей часто спостерігається асфіксія, білірубінова інтоксикація, високий відсоток інвалідизації, а частота ДЦП серед усіх дітей з малою масою тіла при народженні (менше 2500г) становить приблизно 8 - 25 %. До цього часу немає надійних засобів запобігання і ефективного лікування недоношування. У зв'язку з цим єдиним заходом зниження захворюваності і

смертності цих дітей є вдосконалення методів їх виходжування, профілактика передчасних пологів, створення спеціальних пологових будинків з наступним переведенням дітей у відділення II етапу виходжування і злагоджена робота терапевтів, акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів по всьому світу. Таким чином, з накопиченням досвіду інтенсивного лікування недоношених немовлят, поступово буде спостерігатись прогресивне зменшення рівня їх смертності.

Мета: Дослідити анатомо-фізіологічні особливості організму недоношеної дитини та вивчити методи догляду за нею. Виявити причини передчасних пологів та їх запобігання. Ознайомитись з можливими методами лікування та профілактики народження недоношених малят.

Матеріали та методи: Проведено збір науково-дослідного матеріалу та його аналіз. Було опрацьовано наукові роботи, дисертації, статті та нариси із неонатології, перинатальної хірургії, медичної біології тощо. Підібрано відповідні ілюстровані матеріали.

Результати: В ході опрацювання даних матеріалів було досліджено особливості організму недоношених дітей та основні чинники передчасних пологів. Було визначено соціальні та медичні фактори ризику розвитку перинатальної патології при недоношуванні вагітності. Встановлена їх окрема та поєднана значимість, що сприяло можливості розробити правильну тактику ведення вагітності та пологів і проведенню лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів по попередженню перинатальних ускладнень при даній акушерській патології.

Висновки: Можна підсумувати, що недоношеність є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі, тому зараз активно розглядається система виходжування та реабілітації немовлят, що народилися з низькою масою тіла та з незрілістю систем і функцій організму. І, як показують багаторічні спостереження, незважаючи на всі функціональні особливості та патології, при належному догляді, увазі батьків і лікарів, недоношені діти успішно розвиваються і після року наздоганяють своїх однолітків.

А.М. Островська

ІНДИВІДУАЛЬНІ І ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ В БУДОВІ ЧРЕВНОГО СТОВБУРА ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Анатомічній будові чревного стовбура присвячено велику кількість робіт вітчизняних і зарубіжних авторів, у яких є дані про анатомію чревного стовбура, варіантах його розгалуження та топографії. Тим не менш представлені ними матеріали не можна визнати остаточними. Зокрема, абсолютно недостатньо описана вікова мінливість будови чревного стовбура, не є зіставлення варіантів розгалуження з статуєю і віковою періодизацією; не проаналізована індивідуальна мінливість. Варіанти розгалуження не пов'язані з віковою мінливістю.

Мета. У зв'язку з викладеним, метою дослідження було вивчення індивідуальних і вікових відмінностей в будові і топографії чревного стовбура.

Матеріали і методи дослідження. Робота виконана на 15 препаратах людей різного віку, статі та статури методом препарування з попередньою ін'єкцією судин рентгеноконтрастними

Результати. Зовнішня будова чревного стовбура у людей різного віку і статури має свої особливості, що необхідно враховувати рентгенологам при зондуванні чревної артерії. Насамперед розглянемо дані про рівні відходження чревного стовбура від черевної частини аорти: початок чревного стовбура на досліджених нами препаратах проектується на хребетний стовп на ділянці від нижнього краю до нижнього краю лівих половин тіл хребців.

Висновки. Від народження і до 13 років відмічається опускання рівня відходження чревного стовбура, причому знижуються і верхня і нижня межі його проекції на хребет. Починаючи з 14 років, верхня межа зони проекції початку чревного стовбура стабілізується, а нижня продовжує опускатися.

О.А. Пахолок

ПРИНЦИП ЗОЛОТОГО ПЕРЕРІЗУ ЕМБРІОНІВ ТА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Кафедра нормальної анатомії

В.О.Коваленко (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Принцип золотого перерізу прослідковується на усіх етапах життя людини: від народження до смерті. Важливим є структура та функціонування органів за схемою золотого перерізу. Індивідуальна мінливість, вікові зміни людського організму, вплив професійної діяльності на золоті пропорції тіла – це все має важливе місце у виявленні порушень функціонування організму. Можливим стає діагностування індивідуальних проявів будь-якого патологічного процесу з науковою об'єктивністю вимірювань. Об'єкт дослідження – поділ тіла на відрізки з ідеальним відношенням. Предмет дослідження – анатомічні аспекти

золотого перерізу в тілі людини.

Мета: Дослідити роль принципу золотого перерізу в організмі людини, на прикладі мертвнонароджених ембріонів та плодів людини.

Матеріали та методи: ембріони та плоди віком від 4 до 33 тижнів. Проведено вимірювання по шести основних розмірах тіла плода: 1. відстань від кінчиків пальців до зап'ястя та до ліктя; 2. відстань від рівня плеча до верхівки голови та розміру голови; 3. відстань від точки пула до верхівки голови і від рівня плеча до верхівки голови; 4. відстань від точки пула до колін і від колін до ступень; 5. відстань від підборіддя до верхньої лінії брів і від верхньої лінії брів до верхівки голови; 6. відстань від підборіддя до краю верхньої губи та від краю верхньої губи до ніздрів. Для визначення основних розмірів використовувався метод антропометричного вимірювання в модифікації П.П. Шапаренка.

Результати: Ідеальні пропорції тіла ембріонів та плодів відхиляються від норми в розмірах під номерами: 6, 3; близький до норми – 1; точні – 2, 4, 5.

Висновки: Принцип золотого перерізу працює. У зв'язку з тим, що досліджувані ембріони та плоди були мертвнонароджені, то можливі похибки при вимірюванні та відхилення від ідеального значення. Найближчими до золотих пропорцій виявились розміри за номерами: 2, 4, 5. Можливим стає визначення причин переривання вагітності та народження мертвих ембріонів та плодів людини.

А.Р. Печененко

ВПЛИВ ГОСТРОЇ ТА ХРОНІЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА СТРУКТУРУ НЕРВОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. В літературі широко висвітлено питання про вплив гіпоксичної, зокрема, висотної гіпоксії на будову центральної нервової системи. Багато авторів не тільки детально описали морфологічні зміни нервової системи при гострій гіпоксії і встановили, що вони залежать як від ступеня і тривалості кисневого голодування, так і від часу переживання тварини після впливу гіпоксії.

Мета. Метою нашої роботи було вивчення змін нервової тканини головного мозку у тварин і вивчення цих структур у процесі поступової тренування до наростаючої висотної гіпоксії.

Матеріали і методи дослідження. Був проведений аналіз літератури, особливо робіт, які проводилося безпосередньо над лабораторними щурами.

Результати. На підставі вивчення та аналізу даної тематики можна зробити висновок про те, що переривчаста тренування шурів в умовах барокамери викликає стійку адаптацію до гіпоксії.

Висновки. Дані підтверджують відоме з літератури положення про те, що одним з вірогідних механізмів адаптації до гіпоксії на молекулярному і клітинному рівнях є активація синтезу нуклеїнових кислот і білків. Також було виявлено, що багато нейрони кори мають ознаки, що вказують на підвищену функціональну активність ядра і ядерця.

М.В. Писарцова

ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЧЕРВОНОГО КІСТКОВОГО МОЗКУ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А. Рикало (проф., д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Трансплантація органів, тканин і клітин на сьогоднішній момент є одним із напрямків медичної науки і практики, що найбільш швидко розвиваються. Щорічно в нашій країні вмирає тисячі хворих, життя яких можна було б врятувати тільки за допомогою трансплантації кісткового мозку (ТКМ). На даний момент ТКМ і трансплантація стовбурових клітин периферичної крові (ТСКПК) є найефективнішими методами лікування різних онкологічних, спадкових та гематологічних хвороб.

Мета: Узагальнити інформацію щодо основних показань до проведення ТКМ, процесу підготовки і виконання процедури. Проаналізувати сучасні проблеми ТКМ і найбільш небезпечні ускладнення. Виявити перспективи і напрямки розвитку даного методу лікування.

Матеріали та методи: Аналіз і порівняння інформації з сучасних вітчизняних та іноземних літературних джерел, а саме наукових статей, посібників. Узагальнення зібраних даних.

Результати: ТКМ і ТСКПК – це процедури, за допомогою яких відновлюють стовбурові клітини, зруйновані високодозованою хіміотерапією і/або променевою терапією. ТКМ та ТСКПК в основному застосовуються в лікуванні лейкемії та лімфоми. Вони найбільш ефективні, коли захворювання знаходяться в стадії ремісії (ознаки і симптоми раку зникли). ТКМ та ТСКПК також застосовуються в лікуванні інших видів раку, таких як нейробластома і множинна мієлома. У більшості випадків, успіх алогенних трансплантацій залежить від того,

наскільки HLA-антигени донорських стовбурових клітин сумісні зі стовбуровими клітинами реципієнта. Чим більше кількість сумісних HLA-антигенів, тим більше ймовірність, що організм пацієнта візьме донорські стовбурові клітини. Сама трансплантація за процедурою нагадує звичайне переливання крові, за яким слід тривалий період очікування приживлення пересаджених стовбурових гемопоетичних клітин. І до моменту приживлення, і багато місяців після нього можливий розвиток різних ускладнень. Тому протягом тривалого періоду після трансплантації кісткового мозку пацієнт вимушений перебувати під спостереженням лікарів. Основний ризик - це підвищена сприйнятливість до інфекції і кровотечі, як наслідок лікування раку із застосуванням великих доз препарату. Пацієнти, яким була зроблена ТКМ або ТСКПК, можуть відчувати нетривалі побічні ефекти, такі як нудота, блювання, стомлюваність, відсутність апетиту, стоматити, випадання волосся, шкірні реакції.

Висновки: При цілому ряді захворювань і патологічних станів саме трансплантація є альтернативою найбільш несприятливого результату або тривалого безуспішного лікування.

За допомогою трансплантаційних втручань пацієнт фактично повертається до колишнього «догоспітального» рівня і якості життя. Широке впровадження в клінічну практику даних методів, дасть медичному співтовариству нові можливості лікування важкої патології людини і друге життя десяткам тисяч пацієнтів.

С.Ф. Пінкасович., О.В. Лазарук

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ФАКТОРА ФОН ВІЛЛЕБРАНДА У СТРУКТУРАХ ПРОТОВОЇ КАРЦИНОМИ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПУХЛИННИХ МЕТАСТАЗІВ

Кафедра патологічної анатомії

І.С. Давиденко (проф., д. мед. н.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Останнім часом для дослідження особливостей процесів в пухлинах часто використовують додаткові методи дослідження, наприклад, імуногістохімічні. Проте дослідження експресії фактора фон Віллебранда зустрічається зрідка. Підвищення рівня активності вказує на зміни в судинах зокрема в ендотеліоцитах. Ці процеси можуть виникати при будь-яких захворюваннях. Зміни судин при пухлинному процесі можуть свідчити про пухлинну неоплазію та неоангіогенез, інвазію пухлиною оточуючих тканин або про зміни в судинах характерні для метастазування. Досліджуючи пухлиннозмінену тканину, часто в товщі пухлинних клітин важко візуалізувати новостворені дрібні судини оскільки їх стінка досить тонка і не виражена. Використання маркера фон Віллебранда дозволяє оцінити стан судин і виявити новостворені судини. Нашою метою було за допомогою імуногістохімічного методу дослідити стан мікросудин пухлини. Оцінити стан новостворених судин за допомогою експресії фактора фон Віллебранда та порівняти їх із «старими» судинами. Визначити можливість використання фактора фон Віллебранда, як прогностичний фактор метастазування.

Матеріали і методи. У морфологічних дослідженнях використали дані 162 випадків інвазивної протокової карциноми грудної залози. Імуногістохімічним методом визначили експресію фактора фон Віллебранда в судинах протокової карциноми грудної залози.

Результати дослідження. Після фарбування мікропрепаратів відмічається забарвлення коричневого відтінку в стінках судин. Чітко візуалізуються стінки мікроциркуляторного русла новостворених судин. Контрастність коричневого забарвлення в стінках судин дрібного калібру значно вища, ніж у судинах великого калібру.

Висновки. Використання експресії фактора фон Віллебранда дозволяє візуалізувати новостворені судини та відрізнити їх від «старих» судин. Дозволяє дослідити неоангіогенез та використовувати для прогнозування метастазування шляхом визначення змін в стінці судин.

В.Р. Піскарьова

НЕРВОВІ АПАРАТИ КУКСИ ШЛУНКА ПІСЛЯ ЙОГО РЕЗЕКЦІЇ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Деструкція нервових утворень в перші дні спостерігається не тільки уздовж лінії розсічення. Загибель окремих нервових елементів відбувається на значному протязі стінки кукси шлунка. Деструктивні зміни захоплюють більшою мірою нервові волокна і набагато менше нейрони. Ці зміни, по всій видимості, виникають в результаті порушення кровопостачання кукси шлунка та пластичної перебудови її кровоносного русла.

Мета роботи. Дослідити нервові апарати кукси шлунка після його резекції.

Матеріали і методи дослідження. Проведено дослідження нервових елементів кукси шлунка у різні строки після резекції. Вивчення матеріалу, взятого в перші дні після операції, показує, що резекція шлунка сама по собі викликає значні пошкодження нервових елементів решти його частини. Найбільша кількість нервових

елементів руйнується уздовж лінії розтину шлунка.

Результати. Слід зазначити, що в перші дні велика кількість нервових елементів кукси шлунка знаходиться в стані роздратування. До кінця другого тижня процес деструкції різко зменшується у всіх частинах кукси шлунка.

Висновки. Таким чином, резекція шлунка завдає виражену травму внутріорганної нервовій системі шлунка. Ці морфологічні зміни безсумнівно значною мірою визначають функціональні зрушення, що виникають в системі травлення після резекції шлунка.

О.Р. Піскарьова

ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА РОЗВИТОК ОКОЛЬНОГО РУСЛА В УМОВАХ ПОРУШЕНОГО ВІДТОКУ КРОВІ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна

Вступ. Стінки вен широкої фасції стегна значно товщі за рахунок добре розвиненої зовнішньої оболонки. М'язові вени не мають такої потужної зовнішньої оболонки, у них добре розвинений м'язовий шар. Вени характеризуються добре розвиненим м'язовим шаром і еластичним каркасом.

Мета. Метою даного дослідження було вивчення можливості використання фізичного навантаження в якості стимулятора розвитку окольного русла при порушенні відтоку крові, причому вивчався не тільки процес макроскопічної перебудови венозного русла в цих умовах, але також і зміна мікроструктури стінок вен органів і тканин в області травмованої кінцівки.

Матеріали і методи дослідження. Нами було вивчено будову вен шкіри, широкої фасції стегна, м'язів і вен (мала підшкірна та стегова). Всі ці вени мають загальний принцип будови: внутрішню оболонку з вираженою еластичною мембраною, середню і зовнішню.

Результати. Однак вени зазначених органів і тканин характеризуються своїми особливостями. Так, вени шкіри мають відносно тонку стінку, характеризується бідністю м'язових і еластичних елементів. Зовнішні границі цих вен зливаються з сполучною тканиною шкіри.

Висновки. Зіставляючи дані макро - і мікроскопічних дослідженні, слід зазначити в основному їх ідентичність. Однак виявлення на рентгенограмах чітких, добре сформованих колатералей відповідає розвитку максимально розширеного судини з дуже тонкою стінкою. Надалі діаметр колатералей не збільшується, а починається потовщення стінок, яке відбувається в умовах фізичного навантаження протягом 90-120 днів.

Б. В. Плотиця, О.І. Матвійчук, В.О. Ветрова

НАДФ-Н-ДІАФОРАЗНА АКТИВНІСТЬ У ВЕНТРАЛЬНОМУ РОЗІ СПИННОГО МОЗКУ МИШЕЙ ПРИ ГОСТРОМУ М'ЯЗЕВОМУ ЗАПАЛЕННІ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Довгань (к.мед.н)

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

Актуальність: Запалення м'язів (міозит) часто виникає при їх травматичному пошкодженні та супроводжується болем, який призводить до значної модуляції моторних реакцій. При цих реакціях характерне зменшення НАДФ-Н-діафоразної активності у поверхневих шарах дорсального рогу на іпсилатеральному боці сегментів L6-L7. Особливо спостерігати цікавий факт зменшення або збільшення числа популяції спінальних НАДФ-Н-д-реактивних нейронів у мишей в сірій речовині за умов запалення.

Мета: Тому метою дослідження було оцінити рівень НАДФ-діафоразної (НАДФ-д) активності, як показника NOS, у зонах типової локалізації клітин Реншоу в різних шарах вентрального рогу поперекового відділу (L6-L7) спинного мозку щурів, після гострого запалення mm. gastrocnemius-soleus, що викликане унілатеральними внутрішньом'язовими ін'єкціями карагінану.

Матеріали та методи: Для дослідження був застосований порівняльний метод з використанням 2 груп щурів (по 2 тварини в кожній групі), з них I група-інтактні тварини і II група - тварини, яким вводили ін'єкції карагінану. Серед засобів було застосовано: 2%-ий розчин карагінану ("Sigma", США); для наркозу: пентобарбітал натрію, "Sigma", США; для гістохімічного забарвлення: 0,5 мг/мл редукованого β-НАДФН ("Sigma", США). Порівнювали середні кількості забарвлених клітин у різних шарах вентрального рогу тварин за допомогою двопараметричного статистичного дисперсійного аналізу варіацій (ANOVA).

Результати: При однобічному запаленні карагінаном м'язу спостерігали зростання кількості НАДФ-д реактивних нейронів і з іпсилатерального, і з контралатерального боків спинного мозку у проміжній (VII шар; $17,62 \pm 2,7$ та $20,67 \pm 3,3$) та медіальній (VIII шар; $7,3 \pm 1,9$ та $6,0 \pm 2,1$ відповідно) зонах вентральних рогів. Також було зареєстровано зниження кількості активованих клітин на іпсилатеральному боці у межах «ділянки навколо каналу» (X шар). При унілатеральному м'язевому запаленні відмічали посилення НАДФ-д реактивності у

вентральних рогах обох боків спинного мозку щурів. А контралатерально виявили підвищену активність у дорсальній частині проміжної сірої речовини в крупних мультиполярних нейронах.

Висновки: У ході дослідження виявили, що при гострому м'язевому запаленні відбуваються пластичні зміни у різних частинах дорсальних і вентральних рогів, що активують процеси розгальмовування внаслідок збільшення кількості НАДФН-д реактивних нейронів у глибоких шарах сірої речовини вентральних рогів спинного мозку.

Н.В. Плющик

ДЕЦИТАБІН В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МІЕЛОДИСПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.М. Березовський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: мієлодиспластичний синдром тривалий час вважається однією з найскладніших проблем гематології, оскільки є підґрунтям для розвитку гострого мієлоїдного лейкозу, тому завдання розробки ефективного лікування є недостатньо вивченим та актуальним для багатьох лікарів.

Мета: дослідити основні аспекти розвитку мієлодиспластичного синдрому та оцінити сучасні методи лікування з подальшими експериментальним дослідження ефективності застосування децитабіну для відновлення порушених функцій кісткового мозку та наявності ускладнень після застосування препарату.

Матеріали та методи: аналіз дослідницького матеріалу та сучасних наукових джерел.

Результати: у результаті дослідження було визначено основні характеристики мієлодиспластичного синдрому, варіант якого визначається за наступними показниками: збільшення кількості бластних клітин у кістковому мозку, цитопенічний синдром, що наявний в 1, 2 чи 3-х ростках кровотворення, зміна каріотипу. Аналіз сучасних даних доводить, що найбільш надійним способом досягнення повноцінної ремісії є трансплантація кісткового мозку, імуносупресори ефективні при відсутності хромосомних аномалій, а хіміотерапія використовується при неможливості трансплантації кісткового мозку. Децитабін необхідний для лікування хворих віком від 60 років та пацієнтів, яким протипоказана стандартна цитостатична терапія. За даними «The new england journal of medicine» та «Medicine» та ін. повна відповідь на введення препарату спостерігалася у 46% хворих (у кістковому мозку $\leq 5\%$ мієлобластів, нормальне дозрівання усіх клітинних ліній, дисплазія здатна до персистування, гемоглобін ≥ 110 г/л, тромбоцити $\geq 100 \times 10^9$ та нейтрофіли $\geq 1,0 \times 10^9$) Часткова реакція на застосування препарату у 25% хворих (кількість бластів ≥ 5) . Стабілізація стану (неможливість досягти навіть часткової ремісії, але без ознак прогресування протягом 8 тижнів) у 15% хворих. Прогресія захворювання у 14% хворих.

Висновки: сучасна медицина активно займається розробкою нових препаратів для лікування мієлодиспластичного синдрому, один з яких – децитабін, який виявляє позитивний клініко-гематологічний вплив на лікування хворих з мієлодиспластичним синдромом, оскільки досягається зменшення бластних клітин у кістковому мозку, відновлюється кількість еритроцитів і тромбоцитів.

Н.В. Плющик

РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-33 У РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ ТА ХВОРОБИ

Кафедра патологічної фізіології

А.О. Іваниця (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: ІЛ-33 – новий чинник суперсімейства ІЛ-1-цитокінів, що виділяється в основному стромальними клітинами, а саме епітеліоцитами та ендотеліоцитами. Вченими ведуться активні дослідження прозапальних та протизапальних властивостей ІЛ-33 та його можливого використання у лікуванні хвороби Альцгеймера.

Мета: дослідити патогенетичну роль ІЛ-33 у розвитку запальних процесів, його особливості та використання у сучасних медичних дослідженнях.

Матеріали та методи: аналіз сучасних наукових джерел.

Результати: ІЛ-33 синтезується у вигляді пропептиду з молекулярною масою 30кДа, після відщеплення фрагменту під дією каспази перетворюється на зрілий білок масою 18 кДа, який регулює активність Т-хелперів 2 типу. Т-хелпери продукують цитокіни (ІЛ-4, ІЛ-5, ІЛ-9, ІЛ-14), які збільшують продукцію ІgE, еозинофілів, базофілів, тучних клітин. Таким чином ІЛ-33 здатен посилити патогенетичні прояви астми, анафілаксії, atopічного дерматиту. Якщо інтерлейкін не проходить стадію дозрівання – діє як фактор транскрипції завдяки наявності сигналу ядерної локалізації у пропептиді. ІЛ-33 має захисні властивості при атеросклерозі, ожирінні, ЦД 2 типу та хворобі Альцгеймера. Прозапальні та протизапальні властивості залежать від моделі хвороби, що виникає в організмі.

Висновки: ІЛ-33 є основним для цитокін-Тh2-опосередкованого захисту організму, грає центральну роль у регуляції імунних реакцій бар'єрних тканин, активує клітини як вродженого, так і набутого імунітету, і, залежно від захворювання, може сприяти завершенню запального процесу чи призводити до патології. ІЛ-33 здатен функціонувати як «медіатор тривоги» під час некрозу тканин. У здорових людей ІЛ-33 в організмі більше, ніж у хворих, тому маніпуляція ІЛ-33 – нова багатообіцяюча стратегія лікування чи профілактики різних запальних захворювань.

Т.Ю. Повшедна

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ В ПУХЛИННОМУ МІКРООТОЧЕННІ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А.Рикало (д.мед.н., проф)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гостре запалення є реакцією організму на дію флогогенного фактору екзо- або ендогенного походження, основна мета якого – відновити гомеостаз первинно ураженої тканини. В той же час, хронічне запалення запускає клітинні механізми, що можуть призвести до злоякісного переродження клітин та канцерогенезу. Доведено, що деякі медіатори запалення, зокрема TNF- α , TGF- β , ІЛ-6, ІЛ-10, беруть участь в процесах ініціації та прогресії раку. Крім того, сигнальні шляхи запальної відповіді та канцерогенного процесу тісно переплітаються – зокрема, механізми апоптозу, підвищення рівня проліферації, ангиогенезу. Показано, що нестероїдні протизапальні засоби знижують захворюваність і смертність від деяких видів раку. А отже, хронічне запалення, з одного боку, може ініціювати канцерогенез; з іншого – має певні особливості перебігу в пухлинному мікрооточенні.

Мета: Визначити особливості перебігу хронічного запалення в мікрооточенні пухлини та роль прозапальних цитокінів в канцерогенезі, зокрема в механізмах ангиогенезу та метастазування.

Матеріали та методи: Огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють дану проблему.

Результати: При нормальному фізіологічному перебігу запалення, після усунення флогогенного фактору відновлюється гомеостаз. Проте, патологічний перебіг хронічного запалення може підвищувати ризик канцерогенезу. Яскраво ілюструють даний взаємозв'язок ендометріоз, хронічний простатит, хронічний гастрит, запальні захворювання кишківника та первинний склерозуючий холангіт. Посередниками між запаленням та ініціацією канцерогенезу є БАР: хемокіни, що підтримують рівень проліферації; фактори росту; шляхи клітинного сигналіну для уникнення апоптозу; фактори ангиогенезу; позаклітинні ферменти, що модифікують матрикс – металопротеїнази, які індукують епітеліально-мезенхімальний перехід, нестабільність геному та перепрограмування метаболізму.

Висновки: В ході хронічного запального процесу TNF- α і ІЛ-6 індукують утворення вільних радикалів, що пошкоджують ДНК, потенційно спричиняючи мутації. Прозапальні цитокіни, що стимулюють проліферацію, також підтримують ріст пухлини. В той же час, протизапальні цитокіни TGF- β та ІЛ-10 забезпечують «маскування» канцерогенезу від нагляду імунної системи. Здатність пухлин до інвазії пояснюється механізмом епітеліально-мезенхімального переходу, що індукується TNF- α , TGF- β , ІЛ-6. ІЛ-8 впливає на метастазування. Очевидно, що роль цитокінів двояка, і визначається їх співвідношенням та стадією розвитку пухлини. Таким чином, детальне розуміння ролі цих медіаторів запалення на різних стадіях розвитку неоплазії може бути корисним для розробки персоналізованого лікування, а визначення сироваткового вмісту ІЛ-6, 10 – важливою прогностичною ознакою. Потенційно ефективною також може бути направлене переведення хронічного запалення в гостре, що активуватиме протипухлинні механізми клітинного та молекулярного захисту.

И.О. Полозов

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ТИМУС

Кафедра анатомии человека

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Вступ. Каждый современный человек обладает портативными устройствами связи: смартфонами, планшетами, ноутбуками, которые, с физической точки зрения, являются излучателями электромагнитного излучения (далее ЭМИ). Современное повсеместное их использование создает резонансное волновое поле, изучение влияния которого на организм в целом и на отдельные его структуры является важным вопросом. Нам известны общие тенденции влияния излучения на организм, однако в связи с физиологическими и гистологическими особенностями иммунной системы, тимуса в частности, необходимо обособленное их изучение. Тимус от рождения и до подросткового возраста обладает высокой митотической активностью, как следствие сильно подвержен влиянию ЭМИ. В ходе данного исследования был также проанализировано общее иммунологическое состояние организма матери, так как в период вскармливания именно через молоко

передається основна частина антител.

Цель. Изучить влияние ЭМИ на гисто-функциональное состояние тимуса.

Материалы и методы. В эксперименте было взято 10 белых крыс, возрастом от рождения до 3 месяцев. Экспериментальная группа находилась под постоянным облучением частотой 1800-2100 МГц (эквивалентно современным устройствам).

Результаты. После облучения можно наблюдать стандартные анатомо-физиологические изменения: потеря веса примерно на 30%, уменьшение роста на 1-3см, общая неактивность, жажда и потеря волосяного покрова. Что касается состояния иммунологических агентов, циркулирующих в крови, прогнозируемое уменьшение их количество. Незначительное уменьшение иммуноглобулинов всех групп, понижение активности фагоцитоза и уменьшение количества Т-зависимых клеток. Также были найдены гисто-физиологические изменения самого тимуса, а также появление артефактов, что свидетельствует о нарушении в его работе.

Выводы. Результаты исследования дают понимание о последствиях нахождения под облучением для иммунной системы, в частности тимуса. Полученные данные могут быть использованы для разработки защитных мер или поддерживающей терапии.

О.А. Польова, О.А. Гапчук, І.Р. Ярова
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИЙ ПРОЛІФЕРАТИВНИЙ АЛЬВЕОЛІТ
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
В.Т.Рауцкієне (доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проліферативний альвеоліт (фіброзуючий альвеоліт, легневий колагеноз, синдром Хаммана-Річа) все частіше трапляється в практичній пульмонології. Відомо, що це поліетіологічне захворювання може виникати під дією медикаментів, отрутохімікатів, рослинного пилу та з інших причин. Спектр причин, які можуть викликати проліферативний альвеоліт з кожним роком збільшується. Перебіг даної патології вкрай важкий, а прогноз часто неблагоприятний. Ефективного лікування на сьогодні немає, за винятком кортикостероїдних препаратів. Враховуючи спорадичність і різну ступінь клінічних морфологічних проявів, емпіричний підхід наукових досліджень проліферативного альвеоліту на ранніх етапах його розвитку теж малоефективний.

Мета дослідження: Створити експериментальну модель фіброзуючого альвеоліту шляхом перорального введення гербіцидів дипіридилової групи (параквату, дипіридилфосфату, реглону) в дозі ЛД 50.

Матеріали і методи: Білим щурам однократно перорально вводили олійний розчин диквата, який використовують в якості гербіциду. Через 1,5,7,14 і 30 добу по 5 тварин виводили з експерименту шляхом декапітації. Для морфологічного дослідження забирали легені.

Результати дослідження: Гістологічно в легенях через 1 і 5 добу виявлено значні зміни в органах дихання, переважно в паренхімі: повнокрів'я, набряк, набухання та десквамацію альвеолоцитів, вогнища ателектазу. Через 7 і 14 діб домінували процеси інфільтрації і проліферації, внаслідок чого значно були потовщені міжальвеолярні перетинки, місцями альвеолярні макрофаги повністю виповнювали просвіт альвеол. Звертає увагу прогресуючий фіброз, в бронхах визначались ознаки проліферативного панбронхіту, місцями з утворенням поліпів. Через 30 діб в легенях визначалась важка, панацінарна емфізема з атрофією і склерозом паренхіми легень.

Висновки: Таким чином, виявлені морфологічні зміни в легенях, зумовлені пероральною дією гербіциду диквата адекватні проліферативному альвеоліту і дану експериментальну модель можна використовувати для дослідження етіопатогенезу, способів лікування та профілактики даної патології.

С.І. Поніна, В.Л. Кобець
**ВИЯВЛЕННЯ ТА ПОРІВНЯННЯ СТРУКТУРНИХ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ЩУРІВ
ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ З НЕКРОПСІЙНИМ МАТЕРІАЛОМ
ПОМЕРЛИХ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ГАСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
А.М. Березовський (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Атеросклероз називають сучасною чумою людства. Сьогодні атеросклероз – найчастіша хвороба в економічно-розвинених країнах. Приблизна частота: 150: 100 000 уже у віці 50 років.

Мета: виявити структурні зміни слизової оболонки шлунка у щурів при експериментальному атеросклерозі, а також порівняти їх зі структурними змінами некропсійного матеріалу померлих з атеросклеротичним ураженням гастральних артерій.

Матеріали та методи: некропсійний матеріал 97 померлих Закарпатського обласного бюро судово-медичної експертизи за 2014-2015 рр; гістологічні зрізи слизової оболонки шлунка щурів (лінія Wistar) з атеросклерозом

гастральных артерий (a. gastrica sinistra, a. gastrica dextra, a. gastroduodenalis); метод Анічкова – щоденне інтрагастральне введення холестеролу в дозі 0,5 г/кг та метілтіоурацилу протягом місяця; морфологічний метод – забір тканин з наступною фіксацією в 10% нейтральному формаліні. Матеріал проходив ізопропілову проводку з подальшою заливкою в парафін. Зрізи отримували на санному мікротомі МС-2, товщина зрізів до 5 мкм. Фарбували препарати гематоксилін-еозином з подальшим заключенням в полістирол під покривне скло.

Результати: Патологічні процеси, якими супроводжується атеросклероз, призводять до змін слизової оболонки шлунка, а саме: десквамації епітелію, зменшення кількості функціональних клітин, гідропічної дистрофії та загального потоншення слизової оболонки. Зміни слизової оболонки шлунка шурів співпадали зі структурними змінами некропсичного матеріалу померлих з атеросклеротичним ураженням гастральних артерій.

Висновок: Сьогодні проводяться багато досліджень, присвячених вивченню морфологічних змін клітин і тканин шлунка при патологічних станах. Патологічні процеси, якими супроводжується атеросклероз призводять до зміни структури шлунка.

А.В. Пономарева

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ В ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС

Кафедра патологической физиологии имени Д.Е. Альперна

И.А. Сулхдост (доц., к.м.н.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Механизм действия электромагнитного излучения на живые организмы еще до конца не выяснен. Считается, что под его действием может изменяться ориентация и форма макромолекул, скорость диффузии через биологические мембраны, а так же состояние электронной структуры свободных радикалов. В силу того, что нет достоверной информации о действии электромагнитного излучения (ЭМИ) на живой организм, этот вид загрязнения особо опасен.

Цель: Целью данной работы является изучение влияния ЭМИ частотой 800-950 МГц на уровень каталазы в тканях щитовидной железы.

Материалы и методы: Для проведения данного эксперимента было взято 12 пятимесячных крыс, которых разделили на 2 группы по 6 крыс: основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). Активность каталазы в ткани щитовидной железы определялась методом Королюка.

Результаты: У крыс 1-й гр. зафиксировано повышение (на 72,2%, $p < 0,001$) концентрации каталазы в ткани щитовидной железы ($0,31 \pm 0,012$ мккат/мл) по сравнению с контрольной группой ($0,18 \pm 0,01$ мккат/мл). Это свидетельствует о повышении продукции свободных радикалов в результате действия ЭМИ на живой организм, что чревато структурными и функциональными нарушениями в щитовидной железе: повышение проницаемости липидного слоя мембран, повреждение митохондрий.

Выводы: Результаты данной работы свидетельствуют о повышении активности окислительных процессов в организме крыс под действием ЭМИ частотой 800-950 МГц. В дальнейшем это приведет к нарушениям обмена веществ, разрушению мембран и активации адаптационных механизмов.

И.С. Попова, П.П. Перебийнис

ОСОБЕННОСТИ КЛАССИФИКАЦИИ ФАСЦИЙ ШЕИ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

А.В. Цигикало (д.мед.н., доц.)

Буковинский государственный медицинский университет

г. Черновцы, Украина

Актуальность. Проблема хирургического лечения заболеваний тканей и органов шеи постоянно привлекает внимание хирургов, челюстно-лицевых хирургов и отоларингологов в связи с высокой частотой врожденной и приобретенной патологии как воспалительного, так и травматического генеза, увеличением числа случаев тяжелого протекания инфекционных процессов шеи, склонностью к затяжному течению и возрастанием числа случаев выявления врожденных аномалий этой части тела человека. Техника хирургического лечения значительной мерой осложнена сложностью топографо-анатомического строения передней области шеи: наличием ограниченных клетчаточных пространств с важными анатомическими структурами, наличием морфологических предпосылок для быстрого распространения воспалительного процесса с последующим развитием медиастинита и генерализацией патологического процесса.

Цель. Изучить и проанализировать последние данные о морфологической классификации фасций шеи в хирургическом аспекте.

Материалы и методы: Проведен анализ последних данных литературы отечественных и зарубежных авторов.

Результаты. Классическим подходом к систематизации фасциально-апоневротического строения шеи является морфологический – выделение трех фасций соответственно их эмбриональному происхождению из трех

зародышевых листков (эктодермы, мезодермы, энтодермы). Таким образом, поверхностная, собственная и внутренностная фасции образуют элементы мягкого остова тела человека, «поддерживая» гомологичные по происхождению органы и структуры. Топографо-анатомическая и хирургическая литература ссылается на классификацию В.Н. Шевкуненко (1935), который выделил 5 фасциальных листков шеи: fascia cervicalis superficialis; lamina superficialis fasciae cervicalis propriae; lamina profunda fasciae cervicalis propriae; fascia endocervicalis, lamini parietalis et visceralis; fascia prevertebralis. Такая систематизация фасций опирается на научные труды Н.И. Пирогова, который рассматривал фасции шеи как единое целое – одну апоневротическую пластинку, которая делится на 4 отдельных листка и сходится вместе в двух местах: по срединной линии шеи и возле латеральных отделов поперечных отростков шейных позвонков. Согласно Парижской анатомической номенклатуры (PNA), все фасции шеи объединяются под названием fascia cervicalis, которая делится на три пластинки: lamina superficialis, которая соответствует первой фасции по В.Н. Шевкуненко; вторая – lamina pretrachealis, которая покрывает слюнные железы, мышцы и другие структуры кпереди от трахеи; третья – lamina prevertebralis, соответствующая пятой фасции по В.Н. Шевкуненко.

Выводы. Результатом оптимального обобщения научных работ по описанию фасций шеи является следующая классификация: 1. Поверхностная фасция. 2. Глубокая фасция: 2.1. Передний, или поверхностный листок; 2.2. Средний листок или фасция подподъязычных мышц; 2.3. Передпозвоночный листок (задний или глубокий листок глубокой фасции). 3. Висцеральная, или внутришейная фасция (передтрахейный и щечно-глоточный листки).

Ю.В. Потапова, О.В. Власенко

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АСИМЕТРІЇ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Власенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Латералізація психічних процесів - найважливіша психофізіологічна характеристика діяльності мозку, заснована на діалектичній єдності двох основних аспектів: функціональної асиметрії (або спеціалізації) півкуль мозку і їх взаємодії в забезпеченні психічної діяльності людини. В даний час асиметрія півкуль головного мозку розглядається як одна з фундаментальних закономірностей роботи мозку не тільки людини, але і тварин.

Мета роботи. Вивчення статевих відмінностей функціональної асиметрії півкуль головного мозку людини з метою визначення латералізації психічних процесів та домінантної півкулі для чоловіків і жінок.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилося за участі 25 хлопців та 25 дівчат, які є студентами другого курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова. В експерименті спостерігали за здоровими людьми, що виконували різні вправи, які були необхідні для виявлення домінантного ока, вуха, руки та ноги. Усе це допомогло більш точно виявити домінантну півкулю респондента.

Результати. Серед студентів, що взяли участь в експерименті, не виявилось жодного індивідууму з повністю домінантною лівою півкулею. А цілковиті правші становили лише 32%. Серед часткових шульгів, більшість, а саме 44% становило з одним проявом ліворукості, лівшів з двома ознаками ліворукості менше (12%), а з трьома ознаками ліворукості - всього 6%.

З 44% осіб, що мають лише один прояв ліворукості найбільш часто зустрічається ліва асиметрія слуху (18%), далі ніг і зору - 10% і тільки у 6% -ліворукість.

З 12% здорових студентів з двома проявами ліворукості - найбільш часто зустрічається ліва асиметрія слуху і зору(6%), далі слуху з лівоногістю (4%), потім 2% - ліва асиметрія ніг і зору і у жодної з осіб не було виявлено ліву асиметрію рук і зору.

Найчастішою була ліва асиметрія слуху- у 36%, а у 18% воно було єдиною ознакою ліворукості при правшестві інших правих органів. Друге місце займає лівшество ніг (26%), на третьому -лівшество зору (20%) і найрідше ліворукість - 12%.

Висновки. В проведеному експерименті виявилися відмінності між чоловіками і жінками. У чоловіків спостерігається правий і переважно правий профілі асиметрії з більшою частотою, ніж у жінок. Змішаного і переважно лівого профілю асиметрії у чоловіків спостерігається рідше, ніж у жінок. Це дає змогу стверджувати, що у більшості чоловіків домінантною є права півкуля головного мозку людини, а у жінок - ліва.

А.О. Причепя
ХВОРОБА ЛАЙМА (КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ)

Кафедра медичної біології
В.М. Шкарупа (к.б.н, с.н.с)

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

Актуальність. Хвороба Лайма – природно-осередковане трансмісивне захворювання, збудниками є мікроорганізми родини *Borrelia*, що переносяться кліщами родини *Ixodes*, характеризується ураженнями ЦНС, суглобів, покривів шкіри. З кожним роком кількість випадків захворювання на кліщовий бореліоз у світі зростає. На сьогодні це сама поширена хвороба, що передається кліщами у північній півкулі.

Ціль. Проаналізувати особливості етіології, патогенезу та епідеміології захворювання, дослідити динаміку захворюваності на бореліоз в Україні.

Матеріали та методи. Аналіз даних літератури щодо особливостей перебігу, ускладнень та лікування хвороби. Аналіз епідеміологічних даних про динаміку захворюваності на території України.

Результати. Хвороба Лайма (кліщовий бореліоз) характеризується великим поліморфізмом клінічних проявів, що ускладнює встановлення точного діагнозу. Перебіг захворювання зазвичай має три фази, які проявляються різними симптомами. Фази можуть перебігати тяжко, або легко, їх послідовність може йти й в іншому порядку. Нерідко хворі мають також неспецифічні прояви, такі як втома, нічна пітливість, лихоманка або неспецифічний біль у суглобах та м'язах. Хвороба може проявлятися ураженнями шкіри, нервової системи, суглобів та серця. Якщо нервова система уражена (гострий нейробореліоз), то може розвинутися параліч, наприклад, параліч лицьового нерва (параліч Белла). Крім того відбуваються сенсорні порушення. Зустрічаються рідше менінгіт або енцефаліт з гарячкою та болем в шії. Також може постраждати серце, що, часто проявляється у вигляді серцевої аритмії, міокардиту, перикардиту. Може розвинутися погіршення слуху, ураження інших органів.

За сучасними даними, збудником захворювання є щонайменше три види бактерій роду *Borrelia* типу спірохет. *Borrelia afzelii* і *Borrelia garinii* домінують як збудники в Європі. Переносниками є кліщі родини *Ixodes*. При цьому, розмноження борелій відбувається переважно в кишечнику кліщів при наступному їх виділенні з фекаліями. Ця особливість і визначає можливі варіанти зараження. Тобто не тільки через укуси кліщів, але й при їх роздавлюванні пальцями.

Незважаючи на те, що кількість випадків захворювання в Україні залишається незначною, хвороба заслуговує на особливу увагу як через динаміку її поширення (станом на 2000 р. – 60 випадків, у 2008 р. – 610, у 2011 р. – 1600, у 2016 – 3400), так і зростання інфікованості серед переносників збудника (у 2012 році ~12% від загальної кількості іксодових кліщів, у 2015 – більше 30%, тобто сьогодні кожен третій кліщ є переносником збудника). Станом на сьогоднішній день інформації про захворювання у посібниках з медичної біології відсутня.

Висновки. В Україні лайм-бореліоз є серйозною медичною проблемою з огляду на динаміку поширення захворювання. Існує потреба відображення інформації про етіологію, патогенез та епідеміології захворювання в сучасних посібниках з паразитології.

Л.В. Прядко, Б.Р. Крива

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ МАТКИ ПРИ ЛЕЙОМІОМІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Т.М. Король (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: За даними ВООЗ, проблема пухлин матки є однією з найбільш важливих напрямів сучасної медицини. Лейоміома матки посідає одне з провідних місць серед гінекологічних захворювань. Сучасні морфологічні підходи з використанням маркерів проліферації дозволяють рекомендувати для клінічної практики інформативні тести, які дають можливість ранньої діагностики та профілактики різних форм лейоміоми.

Мета: вивчити морфологічні особливості різних гістологічних типів лейоміом та маркери, які маніфестують процеси проліферації.

Матеріали та методи: Для морфологічного та імуногістологічного дослідження використовувався матеріал з вузлів лейоміоми матки, видалених при оперативних втручаннях у жінок репродуктивного віку, а також зразки міометрію за межами вузлів, отриманих шляхом пункційної біопсії. Морфологічне дослідження гістологічних препаратів забарвлених гематоксиліном еозином проводили за допомогою метода світлової мікроскопії. При морфологічному дослідженні міоматозних вузлів були вивчені особливості неогенезу і проліферації пухлин. Імуногістологічні реакції проводили на основі первинних специфічних моноклональних антитіл Ki-67 маркера проліферації. Результати імуногістологічних реакцій оцінювали за кількістю судин в 1 полі зору світлового мікроскопа при збільшенні об'єктив 10 окуляр 10.

Результати: Різні гістологічні типи лейоміоми різняться не тільки різними клінічними проявами, а також неогенезом та проліферацією ендотеліоцитів в стінках судин, що зумовлює розбіжності в механізмах їх

росту та розвитку, а ступінь кровопостачання лейоміоми зв'язана з її гістологічним типом. В проліферуючих формах лейоміоми, на відміну від простих форм, активність експресії Ki-67- маркера в ендотеліоцитах була досить високою, що вказувало на неопластичний характер капілярів синусоїдного типу, тоді як в простих лейоміомах чисельність капілярів та їх діаметр був значно меншим.

Висновок: Ендометрій при простій та проліферуючій формі лейоміоми має різну експресію Ki-67- маркера проліферації, що дозволяє використовувати його для діагностики та корекції лікування пухлинних процесів матки.

І. Ю. Пшенична, А. С. Михайловська
**ТРИГЕР-ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ
У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПЕРШИХ КУРСІВ НАВЧАННЯ**

Кафедра нормальної фізіології
С. В. Коновалов (к. мед. н., доц.), І. В. Гусакова (к. мед. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна

Актуальність. Однією зі специфічних ознак медичної освіти є досить високий рівень її стресогенності. За даними Yusoff M.S.B. (2013) зі співавторами та Smith C.K., Peterson D.F., Degenhardt B.F., Johnson J.C. (2007) відсоток студентів-медиків, у яких діагностований психологічний дистрес, коливається у межах 21-56 %, подвоюючись протягом першого року навчання. Наслідками стресу є різноманітні девіації в поведінці, суїцидальні думки (наміри) з можливістю їх реалізації, формування психосоматичних захворювань і, власне, погіршення якості життя.

Мета. Метою дослідження було оцінити рівень та провідні симптоми нервово-психічної напруги у студентів-медиків, що навчаються на I-III курсах Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова та проаналізувати спектр стресогенних чинників, що діють на них.

Матеріали та методи. Обстежено 300 студентів, що навчаються на I-III курсах ВНМУ ім. М. І. Пирогова (100 осіб на кожному курсі), серед яких осіб жіночої статі – 150, чоловічої – 150 (гендерне представництво на кожному курсі подібне у кількісному співвідношенні). Середній вік обстежених -19,78±2,01 років. Для діагностики рівня нервово-психічної напруги використаний тест-опитувальник А. В. Батаршева “Діагностика граничних психічних розладів особистості”. Студентам з високим рівнем нервово-психічної напруги було запропоновано дати відповідь на питання спеціальної анкети з метою уточнення стресогенних чинників, що діють на них. Результати тестування оброблені статистично з використанням HP Pavilion g6 Notebook PC, застосовуючи програму Microsoft Excel 2010.

Результати. За результатами дослідження високий рівень нервово-психічної напруги виявлений у 76 із 300 обстежених студентів (у 32,00±3,81 % осіб чоловічої статі та у 25,33±3,55 % осіб жіночої статі). Провідними стресогенними чинниками зазначені студенти вважають: нестачу часу для відпочинку (93±2,93 % опитаних), неприємності в навчанні (62±5,57 %), проблеми в особистому житті (55±5,71 %). Кожен другий студент вказує на необхідність запам'ятовувати великий обсяг матеріалу як на стресогенний для них фактор (52±5,73 % опитаних) – причому, у студентів I курсу даний фактор є провідним (100 % опитаних), тоді як у студентів II та III курсів провідним стресогенним фактором є нестача часу для відпочинку (100 %). Старші студенти частіше, ніж молодші, конфлітують з викладачами, одногрупникам, батьками, мають проблеми з деканатом, скаржаться на нещасливе кохання.

Статеві відмінності специфіки стресогенних факторів також мають місце: хлопці частіше зазначають конфлікти з викладачами як стресогенний фактор (37,21±7,37 % осіб чоловічої статі проти 15,15±6,24 % осіб жіночої статі, $p<0,05$), тоді як у дівчат таким фактором є великий обсяг матеріалу для запам'ятовування (66,67±8,21 % дівчат проти 41,86±7,52 % хлопців, $p<0,05$).

Висновки. Провідними стресогенними чинниками у студентів-медиків початкових курсів навчання є чинники, пов'язані з навчанням, та проблеми в особистому житті. Варто наголосити на інтенсивності навчального процесу, що викликає у студентів-медиків скарги на нестачу часу для відпочинку. Проблеми з деканатом мають 26,32 % студентів-медиків з високим рівнем нервово-психічної напруги, на що необхідно звернути увагу співробітників деканату.

О.В. Рибич, А.Є. Бухштаб
АНОМАЛІ МОЗКОВИХ СУДИН: АРТЕРІОВЕНОЗНІ МАЛЬФОРМАЦІЇ ТА АНЕВРИЗМИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
О.В. Федорченко (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Аномалії мозкових судин є вродженою патологією з високою летальністю у молодому віці, характеризується раптовими розривами цих судин з розвитком гострого порушення мозкового кровообігу

за геморагічним типом без жодних клінічних передвісників.

Мета: Провести клініко-морфологічний аналіз; встановити та дослідити частоту прижиттєвої та постмортальної діагностики аномалій судин головного мозку.

Матеріали та методи: Проведено аналіз даних щодо померлих з виявленою аномалією судин головного мозку, що були зібрані на базі Вінницького обласного патологоанатомічного бюро за останні 10 років (2005-2015 роки)

Результати: Артеріовенозна мальформація (АВМ) – це вроджене аномальне порушення взаємного розташування судин з патогномонічною локалізацією в півкулях головного мозку, проте зустрічається і в інших анатомічних областях, відрізняється схильністю до розвитку ускладнень у вигляді пошкодження цілісності судинної стінки

В структурі смертності за ці 10 років хвороби системи кровообігу займають 43,8% серед загального числа випадків смертей судинні аномалії склали-12,9%.

За 2005 рік зареєстровано 123 випадки смертей від даної патології, що становить 15,4% від загальної кількості смертельних випадків (794); за 2006: 116-15,5% (745); за 2007: 99-12,4% (793); 2008: 135-17,6% (767); 2009: 96-12,4% (771); 2010: 116-15,6% (744); 2011: 118-17,3% (679); 2012: 73-11% (667); 2013: 55-7,3% (752); 2014: 97-10,6% (915); 2015: 81-8% (933).

Судинні аномалії найбільш частіше спостерігалися при субарахноїдальних крововиливах, геморагічних інсультах та цереброваскулярній хворобі. Вважається, що факторами розвитку геморагічного інсульту при аномаліях судин є артеріальна гіпертензія, атеросклероз та артеріолосклероз судин, діабетична макро- та мікроангіопатія.

Макроскопічно АВМ являє собою шунт між системою внутрішньої сонної артерії та венами головного мозку без капілярної ланки.

Мікроскопічно - це скупчення кровоносних судин зі зміненим м'язово-еластичним каркасом, що формують аномальні артеріовенозні шунти, що є безпосередньою причиною їх розриву та розвитку крововиливу.

Висновки: Не дивлячись на розвиток методів нейровізуалізації судин головного мозку (ангіографія, магнітно-резонансна ангіографія, КТ), АВМ та аневризми артерій залишаються важкими для діагностики захворюваннями із високою летальністю у працездатному віці внаслідок раптового розвитку гострого порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом. Це, разом з відсутністю специфічних клінічних симптомів, не дозволяє вчасно діагностувати дану патологію. Виникає необхідність створення діагностичних скринінгових програм для прижиттєвої діагностики судинних аномалій головного мозку.

С.О. Росохай

ЕТИОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра патологічної фізіології

Л.О. Яровенко (ас., к. біол. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Респіраторний дистрес-синдром новонароджених (РДС) досить поширена проблема сучасної медицини. За даними зарубіжних авторів (Ainsworth S.B., 2002; Vorobyov A.A., 2006) РДС клінічно проявляється дихальною недостатністю в результаті розвитку первинних ателектазів, інтерстиціального набряку легенів і гіалінових мембран, в основі появи яких лежить дефіцит сурфактанту, що виявляється в умовах дисбалансу кисневого й енергетичного гомеостазу. Відомо, що виживаність новонароджених із РДС становить близько 50 %, тому дана проблема є досить актуальною.

Мета: вивчити етіологію та особливості патогенетичних ланок розвитку РДС у новонароджених.

Матеріали та методи: опрацювання сучасних наукових літературних джерел та фахових публікацій з даної тематики.

Результати: РДС може розвиватись у недоношених дітей через недорозвиненість дихального центру, незрілість легеневої тканини, порушення утворення сурфактанту, слабке розгалуження судинної сітки, що призводить до сповільнення розправлення легень. РДС може виникати після аспірації чужорідними тілами (навколоплідними водами, меконієм, молоком, вмістом шлунка), а також при пневмонії, трахеїті, ендобронхіті у зв'язку з обтурацією повітроносних шляхів мокротинням, інтубації трахеї та після видалення інтубаційної трубки, за наявності патологічних утворень у грудній клітці (діафрагмальна грижа, кардіомегалія, вроджені вади серця, пухлини). В основі РДС є різкий розвивиток тканинної гіпоксії, зменшення тиску всередині капілярів, що веде до накопичення ексудату в альвеолах з можливим приєднанням бактеріальної інфекції та розвитком хронічного запалення, фіброзу та склерозу легеневої тканини. Факторами ризику є зловживання вагітними жінками алкоголем та тютюнопалінням. Екзогенні етіологічні чинники (алкоголізм, тютюнопаління вагітних) проявляють негативний вплив на стан альвеоло-капілярних мембран у легенях новонародженого з можливим розвитком РДС. При вживанні вагітними алкоголю, етанол не тільки проходить через гематоенцефалічний бар'єр і проникає в кров новонародженого, а й веде до накопичення ацетальдегіду, активації перекисного окиснення ліпідів та пригнічення синтезу білків, в тому числі, що входять до складу

сурфактанту. Також порушується окиснення речовин, що супроводжується недостатністю АТФ та порушенням нормального формування легеневої тканини, що відіграє важливу роль в розвитку РДС.

Висновок: Респіраторний дистрес-синдром найбільш часта причина виникнення дихальної недостатності в ранньому неонатальному періоді. РДС є одним з найбільш важких захворювань у недоношених дітей. Тому необхідно проводити ранні обстеження і дослідження навколоплідних вод для своєчасного попередження виникнення РДС новонароджених.

В.В. Савіна

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ В ОСІБ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

П.С. Жученко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За зведеними даними статистики, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є поширеним захворюванням, особливо серед міського населення розвинутих країн Європи і Північної Америки. В Україні протягом останніх 15 років щороку реєструють близько 300 тис. осіб, хворих на жовчнокам'яну хворобу, виконують до 12-15 тис. холецистектомій. Проте питання в етіології цієї хвороби залишаються відкритими до сьогодні. Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених проблемі холелітазу, особливості патоморфології жовчного міхура при ЖКХ на сучасному етапі висвітлені недостатньо.

Мета: Порівняльна патоморфологічна характеристика жовчного міхура і печінки у хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутнім хронічним гепатитом різної етіології, провести аналіз статистичних даних щодо вказаних патологій по Вінниці та Вінницькій області.

Матеріали та методи: На базі Вінницького обласного патологоанатомічного бюро проведено гістологічне дослідження, матеріалом для якого стали 50 жовчних міхурів, 25 біоптатів печінки, забарвлених гематоксиліном та еозинном. Вивчення статистичних даних Вінницького обласного медико-статистичного інформаційно-аналітичного центру.

Результати: Був проведений порівняльний патоморфологічний аналіз стану стінки жовчного міхура (ЖМ) при ЖКХ з ізольованим і асоційованим з хронічним гепатитом різної етіології перебігом. Були встановлені характер і вираженість патоморфологічних змін печінки. Патоморфологічні зміни стінки ЖМ у хворих на ЖКХ ізольованого перебігу і асоційованого з хронічним гепатитом невстановленої етіології полягають в поліморфних змінах і переважно нейтрофільному характері запального процесу. До патоморфологічних змін стінки ЖМ у хворих на ЖКХ, асоційовану з хронічним гепатитом В відносяться: переважно змішано-клітинна інфільтрація, гіперплазія слизової оболонки, асоційованої з хронічним гепатитом С - мінімальна товщина стінки, переважання склерозу стінок і атрофії слизової оболонки, переважання лімфоїдної інфільтрації з утворенням лімфоїдних фолікулів в слизовому і м'язовому шарах. Морфологічними ознаками асоційованого з ЖКХ хронічного гепатиту невстановленої етіології є мінімальні морфологічні зміни в печінці, що характеризуються мінімальним ступенем фіброзу і дистрофією гепатоцитів; хронічного гепатиту В – помірний фіброз, змішано-клітинна запальна інфільтрація, наявність «матово-склоподібних» гепатоцитів; хронічного гепатиту С - виражений фіброз, наявність лімфоїдних вузликів і дрібнокраплинної жирової дистрофії гепатоцитів.

Висновки: Атрофія слизової оболонки, склероз стінки, наявність лімфоїдних вузликів в підслизовому і м'язовому шарах ЖМ вказують на можливе інфікування гепатитом С, а виражена гіперплазія слизової оболонки - гепатитом В. При патологоанатомічній діагностиці ЖКХ протокол гістологічного дослідження ЖМ має включати оцінку стану слизової оболонки, характеру і запальних процесів в ній, морфометричних параметрів її шарів, що має вагоме значення у верифікації діагнозу.

М.Д. Саковська, О.В.Власенко

ВПЛИВ СТАРІННЯ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ТА БІОЕЛЕКТРИЧНУ АКТИВНІСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Власенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні, в зв'язку з підвищенням пенсійного віку (для чоловіків – 60 р., для жінок - 55-60 р.), спостерігається збільшення працюючих людей, у яких з часом відбувається старіння клітин мозку і зниження вищих інтегративних функцій мозку, що негативно відображається на їх працездатності. Деградація клітин головного мозку є провідною проблемою сучасного суспільства та нормальної життєдіяльності людини в соціумі.

Мета: Дослідити вплив вікових змін на когнітивні функції людини, та визначити дію старіння на клітини

головного мозку, оцінити можливі методи їх профілактики.

Матеріали і методи: Проаналізовано та порівняно результати 20 електроенцефалограм осіб віком від 60 до 85 років з результатами електроенцефалограм осіб середнього віку (44-60 р.) та історії хвороб 20 пацієнтів похилого віку Бершадської ОЛПІ; медичні статті і ресурси Інтернету.

Результати: Визначались показники альфа, бета, тета і дельта ритму на електроенцефалограмі, де у 93% пацієнтів похилого віку спостерігали зменшення бета ритму (норма 20-40 Гц), що призводить до низької продуктивності мозку, зниження уваги і пам'яті, також низькі показники тета і дельта ритму, що свідчить про проблеми зі сном. При дослідженні історій хвороб пацієнтів (скарг і даних клінічного обстеження), виявлено у 82% осіб зниження уваги, розсіяність, втрату пам'яті або забування. Найвні ознаки фізіологічного старіння мозку, що проявляються у втраті щільності мозку і ваги в об'ємах конкретних звивин. Виявлено, що спочатку деградація клітин мозку відбувається в лобових частинах, що призводить до порушення і зниження функцій, за які вони відповідають. Визначено чинники, які впливають на стан клітин головного мозку.

Висновок: Старіння мозку не є простим або миттєвим явищем, а є поєднанням декількох процесів, що впливають на різні ділянки головного мозку, що проявляється, переважно, зниженням вищих інтегративних функцій та відмиранням клітин головного мозку.

Профілактика зменшення кількості клітин та зниження когнітивних функцій, а саме: виконання вправ та тренування, є важливим медичним напрямком, що сприятиме зниженню впливу віку на людський мозок.

А.О. Сасовець

ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У СТАРШОКЛАСНИКІВ-КІБЕРАДИКТІВ

Кафедра нормальної фізіології

М.В. Йолтухівський (д. мед.н., проф.), Л.С. Лойко (к.псих.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Адаптація – здатність організму пристосовуватися до мінливих умов середовища, що виробилися у процесі еволюційного розвитку. Проблема адаптації має велике практичне значення, особливо, в епоху науково-технічного прогресу.

Мета: Дослідити функціональний стан та адаптаційні можливості серцево-судинної системи старшокласників в залежності від часу заняття на комп'ютері (перебуванні в соцмережах)..

Матеріали та методи: Для реалізації поставленої мети було обстежено 15 юнаків і 15 дівчат, учнів 10-11 класів, яким проводили анкетування за Кімберлі Янгом, оцінювали стан ССС, визначався стан вегетативних центрів (індекс Кердю) і оцінювався адаптаційний потенціал.

Результати: Після занять на комп'ютері у всіх старшокласників частота серцевих скорочень збільшилася, що вказує на активацію симпатичного відділу нервової системи. Проте більше виражені відмінності в учнів 17 років. В контрольній групі показники ЧСС були майже аналогічними. В юнаків 17 років після роботи на комп'ютері величина систолічного і діастолічного АТ вища, ніж у дівчат, що статистично достовірно. Аналіз статевих відмінностей показав, що хлопці мають більшу чутливість до роботи з комп'ютером як фактору середовища саме в 16-17 років. Систематичні заняття на комп'ютері призводять до підвищення пульсового тиску, яке статистично достовірно у юнаків 17 років. Відмічена перевага ЧСС та позитивний показник індексу Кердю в експериментальній групі як у стані спокою до роботи на комп'ютері, так і після роботи. Слід відмітити, що в групі школярів, які тривалий час проводять за комп'ютером, переважає симпатичний відділ нервової системи, отже, робота з комп'ютером викликає психоемоційний стрес у старшокласників. Отримані результати показали, що учні 16 років мають індекс Робінсона від 75 до 82,9 ум.од., що свідчить про середні аеробні можливості організму старшокласників обох досліджуваних груп. Лише у дівчат, які займаються тривалий час на комп'ютері після занять аеробні властивості організму знижуються. В наших дослідженнях у обстежуваних контрольної групи адаптаційний потенціал свідчить про задовільну адаптацію, тоді як у експериментальній – напруження адаптації. За результатами в експериментальній групі серед підлітків 16 років 50% хлопців та 78% дівчат мають низький рівень функціонального стану серцево-судинної системи та нижче середнього. Серед юнаків 17 років близько 67% хлопців та 81% дівчат мають низький та нижче середнього рівні функціонального стану ССС.

Висновки: У юнаків 17 років, які систематично працюють на комп'ютері більше 4 годин впродовж дня, відмічена підвищена активація симпатичного відділу нервової системи в регуляції серцевого ритму. Достовірне зниження адаптаційних можливостей системи кровообігу виявлено в юнаків у кінці пубертатного періоду (16 років), що свідчить про відносну функціональну незрілість їх адаптаційних систем. Систематична багатогодинна робота з комп'ютером призводить до зривів механізмів адаптації у старшокласників.

Ю.Р. Свирид
ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра патологічної фізіології
В.В. Пилипонова (доц., к.мед.н)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні роки поширеність захворюваності на артеріальну гіпертензію (АГ) у дітей зростає, досягаючи у підлітків до 8-20 %. Поширеність серед новонароджених складає 0,2-3%. Починаючи з 12-річного віку артеріальна гіпертензія зустрічається практично в кожного 6-го, а серед хлопчиків 15–16-річного віку у 8 % визначається артеріальна гіпертензія II ступеня.

Мета: Дослідити особливості етіології та механізмів розвитку артеріальної гіпертензії у дітей, підлітків, юнаків.

Матеріали і методи: Опрацьовані вітчизняні та зарубіжні літературні джерела за останні п'ять років, а також електронна бібліотека.

Результати: Особливе значення в походженні гіпертонічної хвороби у підлітків і юнаків відіграє спадковість. У осіб із спадковою схильністю частота АГ в 5-6 разів вища. У дітей з есенціальною АГ у 87-90% випадків підвищення АТ виявляють у інших членів родини. Встановлено асоціативний зв'язок АГ з носійством генів гістосумісності HLA A11 і B22. У дітей і підлітків в більшості випадків зустрічається гіперкінетичний тип гемодинаміки, який обумовлений істотним збільшенням роботи серця, у результаті чого зростає його хвилиний об'єм, а загальний периферичний опір не змінюється. Надзвичайно велика роль в походженні гіпертонічної хвороби належить нервовому перенапруженню і негативним емоціям, які підсилюють симпатoadреналову активність, яка призводить до спазму судин, що сприяє включенню в патогенез ренін-ангіотензин-альдостеронової системи – провідного патогенетичного механізму розвитку вторинної ниркової гіпертензії. Одним з найбільш важливих факторів, що сприяють формуванню психоемоційного напруження та розвитку артеріальної гіпертензії, є особливий тип емоційних переживань і поведінкових особливостей прагнення до лідерства. У більшості випадків АГ у дітей є вторинною по відношенню до хвороб нирок, серцево-судинних, реноваскулярних та ендокринних захворювань. Однак у підлітків за відсутності ознак перерахованих захворювань може бути встановлений діагноз есенціальної гіпертензії, особливо якщо помірне підвищення артеріального тиску поєднується з надлишковою масою тіла. 50% дітей з надлишковою масою тіла мають підвищений систолічний і діастолічний артеріальний тиск. Цей фактор асоціюється з підвищеним плазматичним рівнем тригліцеридів і зниженням вмісту холестерину ЛПВЩ, підвищеним вмістом натще глюкози й імунореактивного інсуліну в крові, зниженням толерантності до глюкози. Сполучення цих показників з артеріальною гіпертензією класифікується як метаболічний варіант гіпертонії - «метаболічний квартет». Нестача фізичної активності теж відіграє неабияку роль у розвитку АГ.

Висновки: Розуміння етіології та патогенезу дозволяє своєчасно виявити захворювання, провести необхідний комплекс діагностичних досліджень, призначити адекватну етіотропну та патогенетичну терапію, та розробити комплекс профілактичних заходів, що дозволить запобігти розвитку даного захворювання.

І.А. Святка
ЕТІОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СПАДКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра медичної біології
Т.І. Шевчук (доц., к. мед. н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність : Генна терапія є ключем до захворювань, які на даний час вважаються невиліковними. Серед них захворювання спричинені заміною (видаленням, подвоєнням) певної азотистої основи на певному відрізку ланцюга ДНК. Генна терапія є методом лікування причини, а не симптомів захворювання. І хоча генна терапія як наука почала розвиватися менше ніж 30 років тому, в майбутньому її методи будуть широко застосовуватися в медицині.

Мета: Проаналізувати перспективи генної терапії та методи генетичної трансфекції у майбутньому.

Матеріали і методи: Аналіз джерел наукової літератури, опрацювання результатів експериментальних досліджень.

Результати: Генна терапія — це заміна дефектних генів нормальними. Сукупність генно-інженерних (біотехнологічних) і медичних методів, спрямованих на внесення змін у генетичний апарат соматичних клітин людини з метою лікування спадкових та набутих захворювань. Це нова область, орієнтована на виправлення дефектів, викликаних мутаціями (змінami) в структурі ДНК, або подання клітинам нових функцій.

Це метод лікування широкого спектра захворювань: спадкових, інфекційних, гематологічних, онкологічних, серцево-судинних, бронхо-легеневих, нейровегетативних тощо. У людини описано близько 5 тис. спадкових захворювань. Було встановлено 770 дефектних генів. Визначені цільові чинники, що відповідають за розвиток конкретної хвороби: хвороба Паркінсона -тирозингідролаза, хвороба Альцгеймера — білок попередник бета-

амілоїду, хвороба Гоше — глюкоцеребразидаза та ін. Генна терапія включає в себе сукупність генно-інженерних технологій при використанні смислових послідовностей ДНК. Відмічена ефективність генної терапії при черепно-мозкових травмах (ЧМТ) в експерименті. Використовувався препарат - комплекс катіонних ліпосом DOTAP Methosulfate ("Sigma" США), у складі якого був ген аполіпопротеїн Е 3 (АРОЕ3) людини під контролем цитомегаловірусного промотора. (плазмідний вектор) вводився крисам при ЧМТ. Дослідження показало позитивний результат застосування ліпосомної трансфекції плазмідним вектором з геном АРОЕ3 на нормалізацію ліпідного компонента нервових клітин, антиоксидантний ефект, вплив на експресію інших генів. У 2001 році з'явилося повідомлення про перше народження у США генетично модифікованих дітей. Терапія була використана для подолання вродженого безпліддя у жінок , що була спричинена дефектом мітохондрій. В кардіології застосовують генну терапію для лікування ішемічної хвороби серця, кардіоміопатій.

Висновки: Генна терапія як наука достатньо молода, швидко набирає оберти як в дослідженні, так і в лікуванні, отримуючи все нові результати для подальшого розвитку. Але на жаль в Україні ця наука не розвивається, що не є найкращим для людей, що страждають захворюваннями, які можна вилікувати в інших країнах.

А.С. Сивокоровська, Ю.В. Саркісова

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ З ІНШИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ МІОКАРДА ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ СТАТИСТИЧНОГО МЮЛЛЕР-МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства

В.Т. Бачинський (д.мед.н, проф), О.Я. Ванчулак (д.мед.н, доц)

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»
м.Чернівці, Україна

Актуальність. Встановлення гострої коронарної недостатності (ГКН) є складним діагностичним процесом, тому актуальним є пошук більш точних методів для діагностики даного процесу та диференціації з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Метою роботи було встановлення можливостей діагностики гострої коронарної недостатності методом статистичного Мюллер-матричного аналізу двопронезаломлення зрізів міокарда.

Матеріали та методи: В якості об'єктів дослідження нами використовувалася дві групи зрізів тканини міокарда товщиною 30 ± 5 мкм. Перша група – ІХС (12 зразків), в другу групу входили зрізи міокарда людей померлих внаслідок гострої коронарної недостатності (ГКН) (34 зразків). Дослідження гістологічних зрізів міокарда проводилося у оптичному розташуванні лазерного поляриметра. З метою пошуку більш чутливих діагностичних критеріїв досліджувалася статистична структура залежностей $N(Z_{44}=0) \equiv N_0$ і $N(Z_{44}=1) \equiv N_1$.

Результати. У результаті досліджень залежностей кількості екстремальних значень $N(Z_{44}=1) \equiv N_1$ і $N(Z_{44}=0) \equiv N_0$ виявлена суттєва діагностична чутливість до диференціації випадків настання смерті внаслідок ІХС і ГКН. Так для ГКН має місце зростання (на один порядок величини) кількості екстремальних значень $Z_{44} = 0$ фазового елементу матриці Мюллера тканини міокарда (рис. 3, фрагменти (в) і (г), відповідно). Даний факт свідчить про суттєво вищий рівень оптичної анізотропії міозинових фібрил при ГКН у порівнянні з випадком ІХС. Установлені наступні діапазони відмінностей між статистичними параметрами, що характеризують розподіли $Z_{44} = 0$, що характеризують оптично анізотропну складову міокарда з ГКН та ІХС, - середнє $M_1(N_0)$ (збільшення у 5 разів); дисперсія $M_2(N_1)$ (зменшення у 2,3 рази); асиметрія $M_3(N_0)$ (зменшення у 9 разів) і ексцес $M_4(N_0)$ (зменшення у 11 разів). Для статистичних моментів, які описують розподіли $Z_{44} = 1$ оптико ізотропної складової міокарда з ГКН та ІХС виявлено, - середнє $M_1(N_1)$ (зменшення у 7 разів); дисперсія $M_2(N_0)$ (збільшення у 4,3 рази); асиметрія $M_3(N_1)$ (збільшення у 9,2 рази) і ексцес $M_4(N_1)$ (збільшення у 6,85 рази).

Висновки: Методом статистичного Мюллер-матричного аналізу двопронезаломлення зрізів міокарда можлива точна діагностика гострої коронарної недостатності та диференційна діагностика з ішемічною хворобою серця, яка необхідна для обґрунтування висновків при виконанні с удово-медичної експертизи.

К.М. Сидорук

«ПСИХОГЕННА СМЕРТЬ»:

ПОНЯТТЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ФОРМИ РОЗВИТКУ, МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ

Кафедра медичної біології

В.М. Шкарупа (к.б.н., с.н.с.)

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

«Мужність може чудово сидіти на троні в великому мозку, в той час як страх деспотично володарює в довгастому». Герман Оппенгейм (1909).

Актуальність: Феномен смерті з психогенних причин відомий давно, проте механізми патогенезу та розвитку таких станів, незважаючи на розуміння того, що «спусковим фактором» є масивний стрес, залишаються

малодослідженими.

Ціль: дослідження можливих механізмів патогенезу феномену «психогенної смерті».

Матеріали та методи: аналіз сучасних даних літератури щодо клінічних аспектів феномена «психогенної смерті».

Результати: Протягом останнього сторіччя було документовано та описано багато випадків раптової смерті, спричиненої психологічними факторами. Найбільша кількість описаних випадків стосується воєнних конфліктів. Практика морських катастроф свідчить про те, щонайменше 30% врятованих гине знаходячись вже на рятувальних засобах, коли відсутня загроза смерті лише від фізичних факторів. Аналіз даних літератури дозволяє припустити, що психогенна смерть (термін в медицині відсутній) є клінічною реальністю, що відбувається повне «згасання життя» людини протягом декількох хвилин, годин, днів або місяців від початку дії масивного вербального або невербального стресу.

Деякі дослідники виділяють швидку (3-5 діб) та повільну (5 діб- 2 місяці) форми цього феномену. Описуючи ймовірний патогенез припускають, що виникнення або відсутність фатальних психогенно обумовлених порушень в організмі визначається параметрами психічної та соматичної диспозиції, тобто станом реагуючих «субстратів» та «органів-мішеней» в момент дії масивної психотравми. У випадку розвитку психологічної капітуляції, хронічної тривоги, сугестивності відбувається надмірне збудження симпатико-адреналової та порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарної системи. Соматична диспозиція обумовлена дезінтеграцією симпатичної та парасимпатичної систем внаслідок хронічного психоемоційного стресу призводить до розвитку ішемічних та метаболічних порушень в тканинах. Крім розвитку важких психогенних аритмій це супроводжується окислительно-нітрозативним стресом та імуносупресією.

Однією з форм хронічного стресу є онкологічні захворювання, що не виключає ймовірності описаного вище психогенно обумовленого патогенезу. Складністю вивчення даної проблеми є те, що вона виходить за рамки онкології і відноситься до області інтегративної медицини. Разом з тим, про перспективність таких досліджень свідчить можливість відновлення специфічної протипухлинної активності імунної системи онкохворих при медикаментозному лікуванні у них психо-емоційних розладів без застосування додаткових активаторів імунної системи.

Висновки. Залишаються поки без точних відповідей питання достатності доказової бази феномена «психогенної смерті», критерії його оцінки, патогенетичних механізмів, розробки методичних підходів, заходів профілактики, що потребує подальших досліджень в цьому напрямку.

Є.В. Слонецький

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АФЕРЕНТНИХ ЗАКІНЧЕНЬ РІЗНИХ СЕРЦЕВИХ НЕРВІВ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Вступ. Понад 80 років анатомія за замовленням практичної медицини вивчає будову чутливих закінчень різних нервів в серці ссавців. Найбільш детально вивчені закінчення блукаючих нервів.

Мета роботи. Дослідити аферентні закінчення різних серцевих нервів.

Матеріали і методи дослідження. Дегенерацію доцентрових м'язувених нервових волокон, їх закінчень після перерезок цих нервів у різних ссавців спостерігали в ендокарді передсердь, епікарді передсердь, в сполучнотканинних прошарках міокарда. Описані в епікарді передсердь інкапсульовані колби Краузе і рецептори парагангліїв. В м'язовій тканині міокарда спостерігали дегенерацію рецепторів типу нервово-м'язового веретена, а також вільних і невольних рецепторів.

Результати. Результати дослідів показують, що будова чутливих нервових закінчень спинномозкових нервів у передсердях не відрізняється від будови чутливих закінчень блукаючих нервів.

Висновки. Отримані відомості про те, що чутлива іннервація всіх тканин передсердь здійснюється волокнами як блукаючих спинномозкових нервів, змушують по-новому ставити питання про способи зняття серцевих болів при стенокардії з допомогою місцевої блокади серцевих нервів.

Т.С. Смага, П.К. Мальований, О. Істецьке О. Сушицький

АКТИВАЦІЯ НЕЙРОНІВ ЛІМБІЧНИХ СТРУКТУР ОСНОВИ ПЕРЕДНЬОГО МОЗКУ ТА ГІПОТАЛАМУСА ПІД ЧАС ГОЛОДУВАННЯ У ЩУРІВ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Довгань (к.мед.н.)

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

Актуальність: Відомо, що лімбічні структури базальної частини переднього мозку залучаються до виконання різних поведінкових реакцій, особливо в складі яких наявний моторний компонент. Наприклад відомо, що вони

можуть брати участь в ініціації і реалізації оперантних рефлексів. В той час рівень активації нейронів в холінергічних структурах переднього мозку за умов харчової депривації детально не вивчався.

Мета: Виявити особливості кількісного розподілу активованих нейронів у лімбічних підкіркових центрах та деяких ядрах гіпоталамуса в умовах відсторонення від їжі.

Матеріали та методи: У дослідах були використані дві групи щурів-самців лінії Вістар масою 250–300 гр.: група 1 – контрольна, група 2 – голодуючі протягом 3 днів. Щурів під глибоким наркозом перфузували інтракардіально через висхідну аорту сольовим фосфатним буфером і 4% параформальдегідом. Головний мозок кожної тварини швидко виділяли, додатково фіксували протягом 12 год і здійснювали кріопротекцію. На заморожувальному мікротомі були виготовлені зрізи завтовшки 40 мкм. Виявлення активованих нейронів на основі експресії «раннього» гена *c-fos* проводили за допомогою методів імуногістохімічного фарбування. Підрахунок нейронів у структурах головного мозку проводили за допомогою оптичного мікроскопа, а їх локалізацію визначали за атласом.

Результати: Порівняно із щурами контрольної групи, у голодуючих тварин було відмічене статистично достовірне збільшення середньої щільності активованих нейронів у медіальній перегородці, ядрах вертикальної і горизонтальної гілки діагональної смужки, великоклітинному преоптичному ядрі, у ядрі покришки, медіальній частині блідої кулі, паравентрикулярному і латеральному ядрах гіпоталамуса та острівцях Калеха, за винятком базального ядра Мейнерта у блідій кулі. Зокрема середня щільність активних нейронів у контрольних щурів була менше 7-8 мічених клітин, а при голодуванні кількість їх збільшувалась до 15 мічених клітин. Необхідно відзначити, що найбільша середня щільність активних нейронів (18.8 ± 0.9 одиниць) зареєстрована в горизонтальній гілці діагональної смужки – джерелі висхідних проєкцій до нюхової цибулини. Важливо також відмітити, що в обох групах щурів розподіл активних нейронів був симетричним у відповідних ділянках мозку.

Висновки: Встановлено, що при харчовій депривації у щурів відбувається статистично достовірне збільшення активності нейронів у лімбічних структурах основи переднього мозку і окремих ядер гіпоталамуса, що свідчить про їх роль у формуванні «сигналів голоду». Це також може бути ознакою залучення цих структур до розвитку мотиваційних та емоційно-пов'язаних рис їждобувної та їжозалежної поведінки.

Т.С. Смага, П.К. Мальований

АКТИВАЦІЯ НЕЙРОНІВ ЯДЕР ГІПОТАЛАМУСА ПІД ЧАС ГОЛОДУВАННЯ У ЩУРІВ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Довгань (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гіпоталамус є важливим мозковим центром, причетним до виконання соматичних, вегетативних та ендокринних функцій, які пов'язані із знаходженням і споживанням їжі та регуляцією клітинного метаболізму. Раніше було доведено, що після тривалого відсторонення тварин від їжі настає помітне збільшення електричної активності в латеральних ядрах гіпоталамуса, але білатеральне руйнування цих ядер не призводить до зникнення їждобувної поведінки. Тому питання участі інших ядер гіпоталамуса у виникненні «сигналів голоду» та генерації їждобувної поведінки залишається відкритим

Мета: Виявити особливості кількісного розподілу активованих нейронів у деяких ядрах гіпоталамуса в період голодування.

Матеріали та методи: У дослідах були використані дві групи щурів-самців лінії Вістар масою 250–300 гр.: група 1 – контрольна, група 2 – голодуючі протягом 3 днів. Щурів під глибоким наркозом перфузували інтракардіально через висхідну аорту сольовим фосфатним буфером і 4% параформальдегідом. Головний мозок кожної тварини швидко виділяли, додатково фіксували протягом 12 год і здійснювали кріопротекцію. На заморожувальному мікротомі були виготовлені зрізи завтовшки 40 мкм. Виявлення активованих нейронів на основі експресії «раннього» гена *c-fos* проводили за допомогою методів імуногістохімічного фарбування. Підрахунок нейронів у структурах головного мозку проводили за допомогою оптичного мікроскопа, а їх локалізацію визначали за атласом.

Результати: По-перше, порівняно із щурами контрольної групи, у голодуючих тварин було відмічене статистично достовірне збільшення середньої щільності активованих нейронів не лише в латеральних ядрах гіпоталамуса, які в науковій літературі фігурують як «центр голоду», а й у паравентрикулярному, супраоптичному ядрах і в передній гіпоталамічній області, зокрема середня щільність активованих нейронів у контрольних щурів була > 8 мічених клітин, а при голодуванні > 15 мічених клітин. Достовірно вищий рівень *c-fos* експресії у цих структурах гіпоталамуса голодуючих тварин підкреслює їх залучення до «центру голоду», який не лише забезпечує виникнення «сигналів голоду», а й бере участь в ініціації їждобувної мотиваційної поведінки. По-друге, було виявлено, що при харчовій депривації щурів різко знижується середня щільність активованих нейронів у дорсомедіальному і вентромедіальному ядрах, які формують гіпоталамічний «центр насичення», тобто під час голодування у щурів відбувається не лише активація «центру голоду», а й гальмування «центру насичення».

Висновки: Порівняно з контрольною групою, збільшення кількості активованих нейронів у щурів у стані

голодування у паравентрикулярному, супраоптичному, латеральному ядрах і передній гіпоталамічній області свідчить про залучення цих структур до гіпоталамічного «центру голоду» у той час, як пригнічення активності нейронів дорсомедіального і вентромедіального ядер дозволяє віднести їх до «центру насичення».

Ю.О. Солонар, Н.В. Свердлик
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ УСПІШНОСТІ ВІД ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ УКРАЇНСЬКИХ ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

Кафедра нормальної фізіології

Л.С.Лойко (доц., к.псих.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Особливості темпераменту суттєво впливають на ієрархію компонентів навчальної діяльності студентів, специфіку використання ними способів та прийомів розумової діяльності. Оцінка залежності успішності студента від типу темпераменту дає можливість отримати результати, згідно з якими можливе надання рекомендацій студентам з певним типом темпераменту, якщо в цьому є необхідність, з метою покращення успішності їхньої навчальної діяльності.

Мета: Виявити та дослідити залежність успішності від типу темпераменту українських та іноземних студентів.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось на базі ВНМУ ім. М.І. Пирогова. У дослідженні брали участь 40 студентів, які були поділені на 2 групи по 20 чоловік. Це групи українських та іноземних студентів. Для вирішення поставлених завдань були використані такі методи: теоретичні, психодіагностичні, анкетування, вивчення поточної успішності студентів та методи статистичної обробки отриманих результатів. Був проведений пошук та аналіз літературних джерел по даній темі.

Результати: Дослідили залежність успішності студентів ВНМУ від наступних типів темпераменту: сангвік, холерик, флегматик, меланхолік. З найвищою поточною успішністю визначені студенти з сангвічним та холеричним типами темпераменту (55% від загальної кількості українських студентів, 59% від загальної кількості іноземних студентів). Флегматики мають нижчий рівень успішності (38% від загальної кількості українських студентів, 32% від загальної кількості іноземних студентів). Меланхоліки мають достатній рівень успішності (7% від загальної кількості українських студентів, 9% від загальної кількості іноземних студентів).

Висновки: Успішність українських та іноземних студентів ВНМУ має безпосередню залежність від типу темпераменту. Адже темперамент визначає наявність деяких психічних відмінностей між людьми, таких як: моделі поведінки, типологія особистості, рівень індивідуальної креативності, інтенсивність і стійкість емоцій, емоційна вразливість, а також низки інших динамічних характеристик, які впливають на навчання та успішність студентів в цілому.

К.А. Солонина

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХОЛАНГІОКАРЦИНОМИ ПЕЧІНКИ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.А. Польова (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Холангіокарцинома займає друге місце серед злоякісних новоутворень печінки; становить від 15% до 20% первинних злоякісних гепатобіліарних пухлин. Протягом останнього десятиліття смертність від холангіокарциноми зросла на 9%. У всьому світі, середній вік на момент постановки діагнозу становить > 50. Прогноз ССА є несприятливим. Єдиним методом лікування є хірургічний, однак у більшості хворих із пізніми стадіями захворювання виникають рецидиви після оперативного втручання. Імуногістохімічний метод не дає можливості чіткої діагностики через відсутність специфічних маркерів для даного захворювання.

Мета: Визначити патоморфологічні особливості випадку холангіокарциноми печінки.

Методи: Для морфологічного дослідження було використано макроскопічні зміни та некропсійний матеріал органів померлого з приводу холангіокарциноми печінки.

Результати: При *макроскопічному* дослідженні було з'ясовано, що зовнішня поверхня капсули печінки вкрита фібрином зелено-жовтого кольору та містить на поверхні вогнища біло - сірого кольору, неправильної форми, розміром від 1х2см до 5х6см. При розрізі правої та лівої часток печінки в паренхімі органу виявлені щільні вогнища біло-жовтого кольору, неправильної форми, з сіруватим, крихким вмістом.

Гістологічно у паренхімі печінки визначаються великі, полігональні клітини, які утворюють крибозні структури, вистелені атиповим кубічним епітелієм з великою кількістю патологічних мітозів, навколо даних структур наявне масивне розростання сполучної тканини. Холангіокарцинома печінки метастазує лімфо- та гематогенно. У секційному матеріалі було знайдено метастази у нирках та легенях у вигляді округлих, щільних вогнищ біло-сірого кольору з крихким вмістом, що гістологічно нагадують первинну пухлину.

Даний стан ускладнився виникненням жовчного перитоніту, ендогенної інтоксикації, набряку головного мозку

з вклиненням мигдаликів мозочка об краї великого потиличного отвору. Дані зміни виявилися несумісними із життям.

Висновки: Холангіокарцинома – злоякісне новоутворення із епітеліальних клітин жовчних проток, з широким спектром факторів ризику. На жаль, сьогодні не існує специфічних імуногістохімічних маркерів для діагностики ССА, тому більш інформативними все ж залишаються інструментальні методи (МРТ, КТ, УЗД). Холангіокарцинома призводить до деструктивних змін у печінці, в результаті чого вона втрачає здатність до якісного виконання своїх функцій, як наслідок, виникають паталогічні зміни у інших органах та системах, що може стати причиною смерті. Тому дане новоутворення потребує діагностики на ранніх етапах розвитку, так як саме від стадії розвитку залежить успішність лікування та можливість виникнення рецидивів.

А.С. Сорока

РОЛЬ ДОДАТКОВИХ ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ У РОЗВИТКУ АРИТМІЙ

Кафедра патологічної фізіології

І.В. Романенко (ас.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед причин смертності дорослого населення в Україні перше місце займає патологія серцево-судинної системи. Аритмії призводять до розвитку серцево-судинної недостатності та смерті. Частота виникнення аритмій, обумовлених прискореним проведенням імпульсів, у загальній популяції складає 0,20%, частота випадків раптової смерті у пацієнтів віком до 29 років складає 0-0,39% в рік.

Мета: Вивчити будову додаткових провідних шляхів, причини їх виникнення, патогенез основних синдромів, їх діагностичні ознаки та принципи лікування.

Матеріали та методи: Проведено огляд та аналіз сучасної наукової літератури з даної теми за останні десять років, аналіз публікацій у базі даних PubMed.

Результати: Додаткові провідні шляхи утворюються в наслідок дизембріогенезу під впливом тератогенних, генетичних факторів, метаболічних порушень з шостого тижня ембріонального розвитку. До основних додаткових провідних шляхів належать передсердно-шлуночковий пучок Кента, атріонодальний (Джеймса), нодовентрикулярний (Махейма), атріофасцикулярний (Брешенмаше). Існують також інші додаткові шляхи проведення імпульсів, здатні проводити електричний імпульс ретроградно. До аритмій, обумовлених наявністю даних шляхів, належать синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта (WPW), синдром Клерка-Леві-Кристеско (CLC), синдром ранньої реполяризації шлуночків. Синдром WPW - це вроджена аномалія, що може проявитися в будь-якому віці. Його виникнення пов'язане з аномалією Ебштейна, кардіоміопатією, пролапсом мітрального клапана, синдромами Елерса-Данлоса і Марфана, тетрадою Фалло. Виявлена генетична схильність, у вигляді аутосомно-домінантного типу успадкування генетичної мутації гену PRKAG2. Синдром CLC, також відомий як синдром Лауна-Ганонга-Левіна, є вродженою аномалією, що зумовлена наявністю пучка Джеймса, характеризується вкороченням інтервалу PQ. Синдром ранньої реполяризації шлуночків характеризується появою електрокардіографічних змін у вигляді псевдокоронарного підняття сегменту ST над ізолінією і наявністю додаткової хвилі J в кінцевій частині комплексу QRS. Частота виникнення - 1-9% від загального населення. Патогенез розвитку цих аритмій зумовлений проведенням імпульсів по нормальній провідній системі серця і по додаткових шляхах, без затримки у АВ вузлі. В результаті цього деполяризація міокарда шлуночків починається передчасно. Аномальна провідна система забезпечує круговий рух хвилі збудження (re-entry) і сприяє виникненню надшлуночкових пароксизмальних тахіаритмій, фібриляції шлуночків. До консервативних методів лікування належить застосування протиаритмічних засобів, хірургічне - радіочастотна катетерна абляція додаткових шляхів.

Висновки: Несприятливі наслідки та висока летальність роблять описані синдроми особливо актуальними, що потребує більш детального вивчення їх патогенезу для підвищення ефективності лікування.

Г.П. Сосна

ВПЛИВ СПОРОУТВОРЮЮЧИХ ПРОБІОТИЧНИХ БАКТЕРІЙ НА ПЛІВКОУТВОРЕННЯ У СТАФІЛОКОКІВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Г.С. Лаврик (ас.)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. Нормальна мікрофлора людини – один із багатьох захисних факторів, тому її склад дуже важливий для підтримання загального здоров'я організму. Однією із причин виникнення запальних процесів шкіри є стан мікробіоти шлунково-кишкового тракту. Значну роль у розвитку *acne vulgaris* відіграють стафілококи. Особливою властивістю стафілококів є те, що інфекції, які ними викликаються, ускладнюються утворенням біоплівки, у складі яких бактерії набувають ознак підвищеної стійкості до факторів довкілля та антибіотиків. Сьогодні активно розробляються засоби, які б дозволили зруйнувати бактеріальну плівку. Значну

частину таких препаратів займають пробіотики, котрі створюють несприятливі умови для життєдіяльності патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, у т.ч. і стафілококів. Ефективність застосування біопрепарату «Біоспорин-Біофарма» (Київ, Україна) для лікування і профілактики різних захворювань ШКТ відома. **Метою** нашого дослідження було вивчення здатності формування біоплівки клінічними штамми *Staphylococcus aureus* у бікультури із спороутворюючими бактеріями *in vitro*.

Методи та матеріали. Чотири ізоляти *S. aureus* були виділені з шкіри хворих *acne vulgaris*. Для визначення здатності до плівкоутворення у пластикові чашки Петрі вносили по 4 мл поживного бульйону і по 10 мкл культури *S. aureus* у концентрації 10^5 КУО/мкл та інкубували при 37°C 48 год. Для визначення впливу спороутворюючих штамів *Bacillus subtilis* та *Bacillus licheniformis* «Біоспорину-Біофарма» на здатність до плівкоутворення штамів *S. aureus*, формування біоплівок проводили наступним чином: у пластикові чашки Петрі вносили по 4 мл поживного бульйону та по 5 мкл культури *S. aureus* і 5 мкл «Біоспорину-Біофарма» у концентрації 10^5 КУО/мкл та інкубували при 37°C 48 год. Сформовані біоплівки відмивали дистильованою водою та фіксували 1% спиртовим розчином генціанвіолету (експозиція 5 хв), потім відбирали та трічі промивали чашки дистильованою водою і підсушували. Для контролю формували біоплівку із стандартного штаму *S. aureus* ATCC 25923(F-49). Візуалізацію біоплівок проводили за допомогою світлової мікроскопії.

Результати. Суцільною та найщільнішою біоплівка була у 2 штамів *S. aureus*. Формування біоплівки середньої щільності спостерігали у 2-х випадках. Після культивування у середовищі із «Біоспорином-Біофарма» виявлено, що у 4-х ізолятів *S. aureus*, сформована біоплівка була менш щільною та із значними зонами деструкції ніж у монокультури.

Висновки. Встановлена здатність пробіотичних штамів «Біоспорину-Біофарма» зменшувати плівкоутворення *S. aureus*. Але не зважаючи на високу антагоністичну дію пробіотичних штамів «Біоспорину-Біофарма» у всіх зразках змішаних культур через 48 годин отримано помірний ріст штамів *S. aureus*. Враховуючи те, що «Біоспорин-Біофарма» призначають одночасно з антибіотиками, перспективним є вивчення їх комплексного впливу на процес біоплівкоутворення, що є підставою для подальших досліджень.

О. О. Степанишена, В. Р. Тагеев

МОРФОЛОГІЧНА РЕАКЦІЯ ТКАНИН ПЕЧІНКИ НА ХІРУРГІЧНИЙ ШОВНИЙ МАТЕРІАЛ З ШОВКУ

Кафедра анатомії людини

Р. В. Скорук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема з'єднання тканин при виконанні оперативних втручань в різних галузях хірургії залишається однією з найбільш актуальних проблем. Не дивлячись на впровадження в хірургічну практику сучасних методів з'єднання тканин, основним методом залишається з'єднання тканин за допомогою ручного шва з використанням різних видів хірургічного шовного матеріалу. Від виду шовного матеріалу залежить надійність з'єднання тканин та виникнення тих чи інших післяопераційних ускладнень, кількість яких залишається на високому рівні.

Мета: Морфологічний аналіз реакції тканин печінки при імплантації класичного хірургічного шовного матеріалу з шовку.

Матеріали та методи: При проведенні експерименту дотримувались вимог Міжнародного права про біомедичні експерименти та законів актів про біоетику України. У роботі використовували шовк. Імплантацію шовного матеріалу проводили в печінку та з'єднували тканини передньої черевної стінки. Для морфологічної оцінки тварини були виведені з досліду на 3, 7, 14, 21, 30 добу експерименту.

Результати: При вивченні морфологічних змін в тканинах печінки при імплантації шовку було встановлено, що навколо імплантованого шовного матеріалу зберігався запальний інфільтрат і гранулематозна реакція до 14 доби, а на зазначені гістологічні зміни, в цілому, зберігалися і на 21 добу експерименту. На 30 добу спостереження в більшості випадків навколо шовного матеріалу і на місці некротизованих тканин сформувалася фіброзна капсула з щільно розташованих, переважно паралельно спрямованих, пучків колагенових волокон і невеликої кількості серед них фіброцитів, фібробластів і одиничних лімфо-гістіоцитарних елементів. У той же час, в окремих випадках в місці розташування шовного матеріалу виявлено осередки обширних гнійно-некротичних змін тканин з наявністю численних колоній бактерій. Навколо цих вогнищ розташовувалася багата тонкостінними судинами щільна фіброзна тканина, і виражена запальна інфільтрація сегментоядерними нейтрофілами (переважно навколо самого тканинного детриту) та лімфо-плазмацитарними елементами. В тканинах, що прилягали до імплантованої лігатури спостерігались гепатоцити з ознаками дистрофії.

Висновки: Імплантації хірургічного шовного матеріалу в тканини печінки щурів в перші 7 діб після операції спостерігається виражена запальна реакція, про що свідчить висока кількість нейтрофільних лейкоцитів та багатоядерних гігантських клітин стороннього тіла. Поступове достовірне зменшення кількості нейтрофільних лейкоцитів на фоні зростання кількості лімфоцитів, макрофагів, моноцитів та багатоядерних гігантських клітин

стороннього тіла свідчить про наявність хронічного запалення навколо імплантованих лігатур, яке зберігається до 180 доби спостереження. Реакція тканин печінки на імплантацію шовку свідчить про недоцільність використання цього виду шовного матеріалу для з'єднання тканин при виконанні оперативних втручань.

О.О. Стецун
ПАТОГЕНЕЗ ПРИ СПРАВЖНІЙ ПОЛІЦИТЕМІЇ

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Пилипонова (доц.)

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

Актуальність: Справжня поліцитемія (СП) відноситься до мієлопроліферативних захворювань, в основі патогенезу якої є трилінійна проліферація клітин мієлоїдного ряду, що мають в основі генетичні дефекти. Артеріальна гіпертонія, тромбози судин, розвиток геморагічного синдрому, а також трансформацію еритремії в мієлофіброз, хронічний мієлолейкоз, гострий лейкоз гострий лейкоз є проявами справжньої поліцитемії. Тому вивчення особливостей пухлинної трансформації клітини мієлоїдного ряду є надзвичайно актуальним.

Мета: дослідження особливостей патогенезу пухлинної трансформації клітин мієлоїдного ростка кровотворення на прикладі справжньої поліцитемії.

Матеріали та методи: вивчення матеріалів монографій, наукової літератури, статей у наукових фахових журналах за останні 10 років і електронних бібліотеках.

Результати: В основі пухлинної трансформації лежить перетворення клітини-попередниці мієлопоезу, що більше ніж у 95% випадків відбувається через мутацію JAK2^{V617F}. Мутація призводить до заміни амінокислот (фенілаланін замість валіну) в позиції 617 аутоінгібіторного JH2-домену JAK, що забезпечує посилення функції JAK2 і автономну активацію наступних шляхів передачі сигналу. Через мутацію JAK2^{V617F} нормальна гемопоетична клітина набуває вибіркової проліферативної активності. Спостерігається прискорений ріст зрілих клітин. Хвороба характеризується мієлоїдною метаплазією печінки і селезінки, з подальшим розвитком мієлофіброзу. На відміну від вторинних еритроцитозів наявна гіперплазія трьох ростків гемопоезу а саме мієлоїдного, еритроїдного та мегакаріоцитарного. Лабораторно проявляється абсолютним еритроцитозом, лейкоцитозом, підвищується рівень тромбоцитів та підвищена лужної фосфатази, але клітини є неякісними та нефункціональними. При цьому проявляється поліцитемічна гіперволемія, що призводить до збільшення об'єму, в'язкості та густини циркулюючої крові, порушення мікроциркуляції та недостатності кровообігу.

Висновок: Важливим кроком у діагностиці справжньої поліцитемії стало відкриття мутації гену JAK2^{V617F}. Не зважаючи на те, що пухлинна трансформація має доброякісний перебіг, значну небезпеку становлять її ускладнення, що в першу чергу пов'язані з підвищеною в'язкістю крові.

Т.О. Струкевич, А.О. Крохмаль, С.В. Дашко
**ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ РИС ОСОБИСТОСТІ КЕРІВНИКІВ-ПОСАДОВЦІВ
МЕТОДОМ ГРАФОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ**

Кафедра нормальної фізіології

О.М. Шаповал (к.м.н. доц.), Л.С. Лойко (к.псих.н., доцент)

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

Актуальність: Діагностика за допомогою графологічного методу завдяки психофізіологічному підґрунтя характеризує психологічні особливості осіб з соціальною роллю керівника та має такі переваги: швидкість та економічність збору даних, уникнення ефектів аудиторії та первинності, фону, багатовимірності інтерпретації, можливості співставлення результатів. Графологія є вченням, що стверджує чіткий зв'язок між почерком та особистістю людини. Різні характеристики почерку використовуються для того, щоб дізнатись певні індивідуальні якості людини. Графологія досліджує результат моторно-рухової діяльності людини та визначення характерологічних особливостей у досліджуваних за допомогою їхнього почерку.

Мета: Дослідити психофізіологічні риси особистості керівників-посадовців методом графологічного аналізу.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел, преси та наукових статей; графологічний метод.

Результати: У ході нашого дослідження, проведеного на 20-и особах було встановлено риси, які найбільш притаманні керівникам: авантюризм (20%), аналітичність (65%), вірність (60%), етичність (70%) витривалість (100%), дисциплінованість (55%), імпульсивність (25%), компетентність (75%), легковажність (15%), лояльність (25%), організованість (35%), чесність (40%), врівноваженість (80%). Почерк у керівників розбірливий, що характеризує їх як розумних та інтелектуальних особистостей, переважно схильних до аналітики. За результатами дослідження, можна сказати, що керівним посадовцям найбільше відповідає така риса, як витривалість, керівники є в основному працюючими, дисциплінованими, вірними, компетентними, комунікабельними, не лояльними до підлеглих, а також третина є хорошими організаторами. За почерком видно, що вони залежно від обставин можуть знайти спільну мову з малознайомими людьми.

Висновки: За допомогою даного дослідження розкрито характерологічну структуру осіб, що займають посаду

керівників, виявленні залежності між даним соціальним статусом та схильності до певних характерологічних особливостей. Отже, результати дослідження підтверджують наявний взаємозв'язок почерку з основними психофізіологічними особливостями людини. На думку багатьох психофізіологів, в почерку більше ніж в будь-якій іншій руховій активності людини виявляється її психічна суть. Графологія дозволяє отримати обґрунтовані, але не 100% заключення; аналіз почерку забезпечує загальну оцінку психічного складу людини, а не точні характеристики його окремих властивостей.

В.В. Сухоребра

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ АРТЕРІЙ СЕРЦЯ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Особливості капілярної мережі становить певний інтерес як з анатомічної так і з фізіологічної точки зору. Початкові відділи передсердних артерій розташовані під епікардом. Від основних стовбурів передсердних артерій відходять гілочки 2-го порядку. Ці гілочки розгалужуються на судини 3, 4-го порядків, які формують петлі певної форми. У тих випадках, якщо в підепікардіальним шаром є жировий прошарок, характер субепікардіальної мережі дещо змінюється. До жировим гранулам підходять тонкі кровоносні судини, що відходять безпосередньо від великого стовбура і охоплюють кілька жирових гранул. При тонкому шарі м'язових волокон, артерії йдуть у різних напрямках. Дистальні розгалуження деяких гілок передсердних артерій підходять до ендокарду і утворюють в субендокардіальному шарі звивисту мережу.

Мета. Дослідити анатомо-фізіологічні особливості розподілу артерій серця людини.

Матеріали і методи дослідження. Нами проводилося вивчення розгалуження передсердних артерій. Матеріалом дослідження слугували 10 препаратів серця людини різної статі і віку, з фондів трупного матеріалу кафедри анатомії ХНМУ.

Результати. Багата мережа між окремими стовбурами передсердних артерій, з одного боку, і між різними сплетеннями з іншого, дає можливість своєчасному надходженню крові до м'язових волокон і розподілу її в різних ділянках капілярних мереж м'язи серця.

Висновки. Можна зробити висновок, що внутрішньоорганні розгалуження серцевих артерій мають ряд особливостей, які пов'язані з будовою передсердної стінки.

В.Р. Тагеев

ДЕРМАТОГЛІФІЧНИЙ МЕТОД В БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНІ

Кафедра медичної біології

Т. Б. Васенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В сучасних умовах отримує останнім часом великого поширення метод дерматогліфіки - метод вивчення шкірних візерунків пальців і долонь, а також згинальних долонних борозен. Дерматогліфічні ознаки спадково обумовлені, носять суто індивідуальний характер і не змінюються протягом життя.

Мета: узагальнити знання про дерматогліфічні методи біологічних досліджень.

Матеріали та методи: для дослідження послужили посібники з медичної біології та генетики, статті, наукові праці. Для розкриття поставленої мети використовувались методи: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

Результати: Дерматогліфіка як особливий розділ знань склалася в кінці XIX - початку XX ст. Термін "дерматогліфіка" (derma - шкіра, gliphe - гравірувати) запропонований Каммінсоном і Мідлом на 42-й щорічній сесії американської Асоціації анатомів, що відбулася в квітні 1926 р.

Сер Френсіс Гальтон вперше запропонував класифікацію пальцевих візерунків, що включає три основних візерункових типів: завиток (whorl), петлю (loop) і дугу (arch).

Дуга не має трирадіуса, або дельти - точки, де сходяться три різно спрямованих системи папілярних ліній, і складається з шкірних гребенів, що перетинають впоперек пальцеву подушечку. Петлі мають одну дельту. Це напівзамкнений візерунок, в якому шкірні гребінці починаються від одного краю пальця, йдуть, згинаючись, дистально до іншого краю, але, не доходячи до нього, повертаються до того краю, від якого починалися.

Справжні завитки мають дві дельти. Це замкнута фігура, в якій папілярні лінії йдуть концентрично навколо серцевини візерунка. Остання може бути у вигляді острівця, короткого прямого гребеня, маленького кружечка або еліпса.

Зв'язок між гребеневою шкірою пальців - носієм величезного кількості нервових закінчень - і мозком людини, а значить, і його психікою, дуже тісна. Це підтверджується і характером успадкування пальцевих візерунків у зчепленні з ознаками, визначальними характер нервової діяльності людини (з типами вищої нервової діяльності).

В даний час встановлена спадкова обумовленість шкірних візерунків. Порушення спадкової системи організму (генні, хромосомні і геномні мутації) і деякі несприятливі фактори середовища впливають на реалізацію генів гребішкової шкіри, а тому змінюється дерматогліфічна картина у людей, що страждають різними захворюваннями. Наприклад, при синдромі Дауна змінюється розташування петель на останніх фалангах, замість двох згинальних складок на мизинці спостерігається лише одна згинальна складка, а на долоні - лише одна поперечна складка.

Було відзначено, що присутність візерунків типу завиток на пальцях рук вказує на сприйнятливості до захворювання на лепру, а наявність пальцевих візерунків типу дуг - на відносну несприйнятливості до цього захворювання. При дослідженні хворих на туберкульоз легень було відзначено, що у них рідше визначаються дуги і радіальні петлі, а також змінюються й деякі інші дерматогліфічні показники.

Висновки: Отже, дерматогліфічні дані відіграють важливу роль при визначенні генетично зумовленої схильності людини до того чи іншого захворювання.

Н.В. Толочко

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ГРУПИ КРОВІ. ПРОБЛЕМИ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ

Кафедра нормальної фізіології

І.Л. Рокунець (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Україна займає друге місце в Європі за поширеністю онкологічних захворювань. При лікуванні раку та багатьох інших хвороб майже всі пацієнти потребують переливання крові або її компонентів. Тому проблема вивчення груп крові та гемотрансфузії є актуальною і в наш час.

Мета: Узагальнити сучасні погляди на групи крові та дослідити їх значення і можливу сумісність при переливанні.

Матеріали та методи: Аналіз сучасної наукової літератури та наукових статей.

Результати: Серед систем груп крові у людини найбільш відомими є системи АВО та Rh. Саме вони відіграють головну роль при переливанні. У разі несумісності за цими категоріями при гемотрансфузійних маніпуляціях можуть виникнути серйозні ускладнення, які становлять загрозу для життя людини: гемотрансфузійний і цитратний шок, пірогенні та алергічні реакції, анафілактичний шок, зараження небезпечними вірусними інфекціями, тощо.

Також виділяють системи Дафні, Келл, Кід, MNSS та інші, що також мають велике значення у розвитку сенсibiliзації, гемотрансфузійних ускладнень, розвитку гемолітичної хвороби новонароджених і застосовуються у хірургії при трансплантаціях.

Висновки: Групи крові – це опис індивідуальних антигенних характеристик еритроцитів, що визначаються за допомогою методів ідентифікації специфічних груп вуглеводів та білків, які знаходяться в мембрані еритроцитів. Всього на даний момент у світі нараховується близько 33 відомих груп крові. Ці знання набули широкого застосування у клінічній практиці не тільки при переливанні крові, а й при трансплантації, плануванні та розвитку вагітності тощо.

К.О. Третьякова

АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМИНИ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ДВНАДЦЯТИПАЛОЮ КИШКОЮ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Дванадцятипала кишка та підшлункова залоза тісно пов'язані між собою і анатомічно і функціонально, і в процесі розвитку. Можливо, що і при різних патологічних явищах вони роблять один на одного взаємний вплив. Вони розташовуються у тій перехідній області, яка розмежовує простору очеревини. Але класичне опис взаємовідносин цих органів є спрощеним і неповним і тому необхідно на основі уважного вивчення поповнити наявні літературні дані.

Мета. Дослідити особливості взаємини головки підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою.

Матеріали і методи дослідження. З даного питання нами було проведено дослідження на окремих трупах і комплексах органів черевної порожнини людей різної статі та віку з фондів кафедри анатомії ХНМУ. Вивчення проводилося методом препарування.

Результати. Помічені нами під час препарування особливості розташування головки підшлункової залози, що дало нам можливість чітко розрізнити з'єднання і зв'язку, що утворилися в ембріональний період розвитку очеревини, від тих процесів, які є результатом пізніших зрощень.

Висновки. Ми не володіємо достатньою кількістю матеріалу, щоб говорити про частоту зустрічаються варіацій розглянутих взаємин; для цього потрібно окремо розглянути матеріал від трупів чоловіків, жінок і дітей, але ми

можемо відзначити, що у худорлявих людей і високих, астеничного типу, у яких органи більш рухливі і очеревинні ембріональні з'єднання розвинені порівняно слабо. Інша частина органу розташовано у згаданих просторах. У повних і низькорослих людей з великим животом корінь брижі розширено і покриває більшу частину передньої поверхні голівки підшлункової залози, таким чином менша частина залози залишається під пристінною очеревиною в різних згаданих вище просторах. Таким чином, наведені нами дані доповнюють класичні описи відносин передньої частини голівки підшлункової залози і дають більш реальну картину цих відносин.

В. А. Тростенюк
РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
Кафедра патологічної фізіології
Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: згідно з даними світової статистики, від 10 до 20 % населення, яке проживає в економічно розвинених регіонах, страждають від алергічних захворювань, а в умовах екологічного неблагополуччя даний показник збільшується до 50 %. В алергології особливо швидко оновлюються і розширюються уявлення про молекулярноклітинні механізми алергічних реакцій, ведеться пошук нових патогенетично обґрунтованих методів терапії і профілактики бронхіальної астми(БА)

Мета: проаналізувати роль цитокінів в розвитку БА.

Матеріали та методи: проведено аналіз наукової літератури відповідно тематиці та зроблено узагальнюючі висновки.

Результати: локальний ефект цитокінів (ІЛ-4,-5,-6,-8,-9,-13 та ін.) при алергічних реакціях ініціює запалення (ІЛ-1, ФНП-а), визначає підвищення проникності і розширення судин (ІЛ-4), накопичення ексудату, індукує експресію на ендотеліальних клітинах адгезивних молекул, сприяє міграції лейкоцитів у тканини. Система цитокінів забезпечує регуляцію хемотаксису до місця алергічної реакції нейтрофілів і еозинофілів. Цитокіни регулюють взаємодію клітин в алергічних реакціях, беруть участь у регуляції форми та сили специфічної відповіді на алерген при БА й визначають його виразність. Дендритні клітини захоплюють алергени з поверхні слизової бронхів і мігрують у регіональні лімфатичні вузли, де взаємодіють із регуляторними Т-клітинами й стимулюють перетворення недиференційованих Т-лімфоцитів у Th2-клітини (у випадку переважання ІЛ-4 та ІЛ-10), які продукують ІЛ-5, ІЛ-6, ІЛ-9, ІЛ-10, ІЛ-13, ІЛ-25, функція яких полягає в активації гуморального імунітету, регуляція процесу еозинофільного запалення й вироблення ІgE В-лімфоцитами. Макрофаги у ДШ активуються під дією алергенів, наслідком чого є вивільнення медіаторів запалення й цитокінів, що підсилюють запальну реакцію. Епітелій є джерелом ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-18, гранулоцитарно-макрофагального колонієстимулюючого фактора (ГМ-КСФ), ФНП-а. Вони стимулюють проліферацію і диференціацію попередників різних типів лейкоцитів. Ендотелій виробляє ІЛ-8, ІЛ-5, ГМ-КСФ, а фібробласти – фактори росту опасистих клітин, фактор стовбурових клітин, ГМ-КСФ і ІЛ-8. У комплексі ці цитокіни можуть забезпечувати неімунологічні механізми посилення і підтримки запальних реакцій, а також володіють прозапальною дією. Фібробласти й міофібробласти виробляють колаген і протеоглікани, що беруть участь у ремоделюванні ДШ. Лейкотрієни є потужними бронхоконстрикторами й медіаторами запалення. До найбільш важливих цитокінів відносять ІЛ-13 і ФНП-а, які посилюють запальну реакцію, а також ГМ-КСФ, що збільшує тривалість життя еозинофілів у ДШ. До Th2-цитокінів належать: ІЛ-5, необхідний для диференціювання й збільшення тривалості життя еозинофілів; ІЛ-4, що сприяє диференціюванню за Th2-клітинним типом; ІЛ-13, що бере участь в утворенні ІgE.

Висновки: вивчення механізму впливу цитокінів на розвиток БА створює ґрунтовну базу для розуміння та створення патогенетичного лікування.

О.І. Трухманова
ПОРІВНЯННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН КЛІТИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ З ЛІКУВАННЯМ ТА БЕЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Т.М. Король (доц., к. мед. н.), В.П. Сорокоумов (доц., к. мед. н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність цієї роботи зумовлена важкістю та поширеністю хвороби, високим рівнем смертей та інвалідизації. Відомо, що майже 15% ішемій закінчуються летально протягом першого місяця хвороби, а 60% супроводжуються різним ступенем інвалідності. Кожен п'ятий з них потребує постійного догляду. Згідно з інформацією Національної асоціації по боротьбі з інсультом, майже 18% хворих помирають під час гострого періоду. До 15% тих, що вижили, переносять різні ускладнення і помирають протягом року. Втім ситуацію можна виправити, якщо докласти до цього значних зусиль. Підтвердження тому — статистика країн з середнім

та високим рівнем доходів, де за останні 20 років вдалося знизити захворюваність на МІ на 12%, рівень інвалідизації у зв'язку із цією хворобою — на 36%, показник передчасної смертності — на 37%. Тому дуже важливим є вчасне діагностування, попередження ускладнень та своєчасний підбір лікарських засобів.

Метою досліджень було порівняти патоморфологічні зміни при ішемічному інсульті без лікування та із застосуванням препаратів на основі літературних даних та власних досліджень, аналізу гістологічних змін тканин мозку експериментальних тварин (щурів), випадків аутопсії на базі даних ВОПАБ, досліджень патоморфологічних змін клітин мозку померлих, яким не було поставлено остаточного діагнозу.

Матеріали та методи: Було використано матеріали гістологічних досліджень некропсій випадків померлих від ішемічного інсульту (архів ВОПАБ) та проведено експериментальне дослідження на щурах, яким штучно викликали ішемічний інсульт та вводили їм дози різних лікарських препаратів, відмічаючи ефективність, переваги та недоліки кожного з засобів.

Результати: На основі виконаних досліджень вивчено та проаналізовано перебіг ішемічного інсульту без лікування та із застосуванням лікарських препаратів. Проведено порівняльну характеристику між фармакологічними властивостями препаратів. Визначено їх ефективність в лікуванні ішемічного інсульту. Встановлено, що призначення пірацетаму, адемоу або цитоколіну в лікувальних дозах сприяє зменшенню смертельних випадків, покращує перебіг хвороби.

Висновок: Таким чином, на основі проведених досліджень, можна зробити висновок, що ішемічний інсульт без лікування супроводжується активацією деструктивно-дегенеративних процесів в соматосенсорній корі головного мозку. Курсове лікування цитокліном, пірацетамомом та адемолом не призводило до повного відновлення структури кори але значно знизило вплив гіпоксії та реперфузії як пошкоджуючих факторів. На тлі досліджуваних лікарських засобів були підвищені регенераторні процеси в макроглії, на що вказувало збільшення кількості астроцитів. Дані препарати сприяють збереженню щільності та площі нейронів на тлі зменшення аналогічних показників деструктивно-змінених нервових клітин. Результати дослідження вказують на перспективність створення на основі даних препаратів нових церебропротекторів.

М.О. Фаустова

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИГРИБКОВОЇ ДІЇ ГОРОСТЕНУ® ТА ДЕКАСАНУ®

Кафедра мікробіології

Г. К. Палій (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Дріжджоподібні гриби роду *Candida* належать до мікрофлори порожнини рота, які колонізують слизові оболонки щік, язика та твердих тканин зубів у 60% населення. Часто, за умов зниження імунологічної опірності організму *Candida spp.* спричиняють стоматити, яким властива системна генералізація. В умовах значущого формування резистентності до антибіотиків серед збудників опортуністичних інфекцій пошук нових антисептичних засобів для їх профілактики, лікування є актуальним.

Мета. Визначити протигрибкову активність горостену® та декасану® щодо музейного та клінічних штамів *Candida spp.*, виділених зі слизової оболонки хворих кандидозом ротової порожнини.

Матеріали та методи. Лікарські антимікробні препарати горостен®, декасан® одержували в аптеках. Досліджували протигрибкову активність горостену® та декасану® на 17 штамів *Candida albicans*, виділених зі слизових оболонок порожнини рота хворих та музейному штамі *C. albicans* ATCC10231, отриманому з колекції ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України». Чутливість *C. albicans* ATCC10231, клінічних штамів *C. albicans* до горостену®, декасану® вивчали стандартним методом подвійних серійних розведень, відповідно до наказу МОЗ України за №167 від 05.04.2007р. «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів».

Результати. В ході досліджень встановлено високі фунгіцидні властивості горостену® та декасану® щодо грибів *Candida spp.* Так, клінічні штами *C. albicans* мали вищу стійкість до дії декасану®, у порівнянні з музейним. Пригнічення їх росту спостерігали у присутності МФцК декасану® 8,33±0,96 мкг/мл. Фунгіцидна активність горостену® виявилася дещо вищою і становила 5,43±1,2 мкг/мл відносно клінічних штамів *C. Albicans* та майже вдвічі перевищувала дію препарату щодо *C. albicans* ATCC10231.

Висновок. Горостен® та декасан® володіють вираженою протимікробною дією на *C. albicans* ATCC10231, клінічні штами *C. albicans* з перевагою активності у горостену®

И.В. Фесенко

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ РАЗНЫХ ЭТАПОВ ЛИМФООТТОКА ОТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра анатомии человека

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Вступ. Многочисленность лимфатических узлов шеи, частая их поражаемость и относительная доступность делают эту группу узлов очень важным в практическом отношении объектом исследования. С другой стороны, изучение внутриорганной структуры лимфоузлов шеи в связи с их функцией проливает свет на многие морфо-функциональные аспекты современной анатомии.

Цель. Задачей нашей работы было выявление структуры лимфатических узлов первого, второго и третьего этапов лимфооттока от определенного органа шеи, в частности от щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Из лимфоузлов первого первого этапа исследованы трахеальные, второго этапа – глубокие шейные и третьего этапа – яремно-двубрюшные. Изучены серийные срезы с 12 лимфатических узлов. Применялись следующие окраски: гематоксилин-эозин, по ван Гизону, по Карупу.

Результаты. Исследование показало, что, во-первых, регионарные особенности лимфатических узлов определяются, в первую очередь, органами особенностями лимфоузлов ближайших этапов лимфооттока и, во-вторых, гистоструктура лимфатических узлов, а также закономерности их локализации, размеров и формы определяются характером (спецификой) и интенсивность функции органа и его объемом.

Выводы. Изучение строения лимфатических узлов разных этапов лимфооттока от органов в сочетании с исследованием архитектоники внутриорганной элементов лимфатической системы органа в целом и его отделов даст более полное представление о морфо-функциональных особенностях лимфатической системы.

О. А. Філевич

ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАТОЛОГІЙ У СТОМАТОЛОГІЇ

Кафедра медичної біології

О. В. Спрут (ас.)

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

Актуальність роботи пов'язана з великим поширенням зубо-щелепних аномалій, які серед дитячого, підліткового та дорослого населення України становлять до 70-80%. Недарма ВООЗ назвала ортодонтію найперспективнішою галуззю стоматології у XXI столітті. Водночас, у наші дні поняття і принципи генетики набувають великого клінічного значення для стоматологів, адже знання індивідуальних генетичних особливостей пацієнтів є важливим чинником у діагностиці ризику захворювання, прогнозуванні перебігу хвороби, а також у передбаченні реакції на лікування.

Мета: дослідити закономірності успадкування вроджених ортодонтичних патологій, обґрунтувати необхідність вивчення генетичних аспектів порушення розвитку зубів.

Матеріали та методи: пошук, аналіз, збір, вивчення та порівняння даних різних вітчизняних та закордонних науково-фахових джерел; генеалогічний, статистичний метод.

Результати: На розвиток ортодонтичних аномалій впливає дві групи факторів – внутрішні (генотип) і зовнішні (функціональні, екологічні). Одонтогенез детермінується певними гомеобокс-генами й будь-які мутації в них залежно від того, на якому етапі розвитку зуба вони відбулися, чинитимуть відповідний вплив на стан зубо-щелепної системи. Усього частота спадкових ортодонтичних аномалій складає 17-21%. У роботі розглянуто аномалії кількості зубів – полідентію та агенезію (гіпо-, оліго-, адентію), аномалії розмірів зубів (макро- і мікродентію), аномалії форми, положення зубів, недосконалий дентино- та енамелогенез (зокрема, гіпоплазію емалі), аномалії прорізання зубів, патологічні прикуси. Серед них є захворювання, що мають аутосомно-домінантний, аутосомно-рецесивний, зчеплений з Х-хромосомою типи успадкування; мультифакторіальні хвороби. Визначення генетичного аспекту ортодонтичних патологій ускладнюється можливим полігенним успадкуванням, неповною пенетрантністю і змінною експресивністю.

Висновки: Отже, після низки аналітичних і теоретичних досліджень, які базуються на вивченні літературних джерел і статистичних даних, ми дійшли висновку, що спадковість відіграє значну роль у формуванні зубо-щелепної системи. Лікар-стоматолог повинен завжди мати на увазі, що деякі з аномалій зубів можуть співіснувати з певними синдромами, тому генетична консультація повинна бути додана в рамках ортодонтичного лікування. Нарешті, цей міждисциплінарний підхід може допомогти виявити будь-який ризик рецидиву в прийдешніх поколіннях.

О. А. Філевич
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕХАНІЗМИ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ПЕЧІНКИ ТА ЇХ РЕГУЛЯЦІЮ

Кафедра патологічної фізіології
Н. А. Рикало (д. мед. н., проф.)

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

Актуальність: Печінка людини відновлюється навіть після видалення 70% її маси. Втім недостатність регенерації може слугувати причиною хронізації патологічного процесу в органі. Тож існує велика кількість захворювань, при яких розвивається печінкова недостатність. Загалом, за даними ВООЗ, 30% дорослого населення Землі страждає від певних гепатопатій, а кількість випадків, що потребують трансплантації печінки прогресивно зростає. Теперішня методика пересадки є досить ефективною, але залишається відкритою проблема донора печінкової тканини та зменшення тривалості життя реципієнта, що й зумовлює актуальність дослідження механізмів впливу на репаративну регенерацію печінки.

Мета: З'ясування механізмів репаративної регенерації печінки, обґрунтування методів клітинної терапії у гепатології.

Матеріали та методи: Пошук, аналіз, збір, вивчення та порівняння даних різних вітчизняних та закордонних науково-фахових джерел за останні 10 років.

Результати: Репаративна регенерація, на відміну від фізіологічної, відбувається в патологічних умовах, які ініціюють загибель клітин шляхом некрозу і передбачає заміну померлих клітин резервами стовбурових клітин (СК) організму (Туманський В.А., 2006). Стовбуровий простір печінки є унікальним, адже складається з двох популяцій печінкових клітин-попередниць – внутрішньопечінкових (гепатоцити, біпотентні овальні клітини жовчних протоків Герінга, які активізуються лише, коли блоковано поділ перших) і позапечінкові (мезенхімальні СК кісткового мозку), які підтримують постійність популяції клітин печінки (Кухарчук А.Л., 2004). Відомо, що гепатоцити, які знаходяться в G0 періоді можуть повернутися в клітинний цикл і вступати в мітоз, маючи ліміт Гейфліка до 100 (Sandgren E.P., 1991). Регенерація печінки має визначені фази: ініціації, експансії та термінальна. Також цей процес супроводжується відновленням функцій та резорбцією позаклітинного матриксу. Головні непаренхіматозні клітини печінки теж беруть участь у проліферації гепатоцитів після гепатектомії: клітини Купфера регулюють ініціацію синтезом цитокінінів, а клітини Іто та ендотеліоцити синусоїдів сприяють васкуляризації печінкової часточки (Дельцова О.І., 2012). Втім, розміри стовбурових просторів і проліферативний потенціал регіонарних СК обмежені.

Висновки: Важливим питанням залишається відновлення нормальної цитоархітекτονіки органа. Для досягнення ефекту посилення регенерації клітин, необхідно розширювати стовбурові простори. Розглянуто такі напрями регенеративної медицини у гепатології: аутотрансплантація гепатоцитів, створених *in vitro* з СК (гемопоетичних або мезенхімальних) хворого, алотрансплантація донорських гепатоцитів, алотрансплантація СК донора, утворення індукованих плюрипотентних СК із соматичних клітин та використання уніпотентних стовбурових властивостей гепатоцитів шляхом застосування екстракту ембріональної печінки, який стимулює поділ гепатоцитів хворого.

О.П. Хапіцька

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ РЕОВАЗОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ГОМІЛКИ З ПАРАМЕТРАМИ ТІЛОБУДОВИ У СПОРТСМЕНІВ МЕЗОМОРФІВ

Кафедра нормальної фізіології

В.М. Мороз (академік НМАН України, д.мед.н., проф.)

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

Актуальність: Особливостям кардіодинаміки та системної гемодинаміки спортсменів присвячені численні публікації, в той час як розробок з вивчення та оцінки регіонального кровотоку мало. Дослідження, в яких визначалися б кореляції між реовазографічними показниками та соматичними ознаками спортсменів високої кваліфікації, що мають різнонаправлені типи спортивної діяльності і належать до окремого конституціонального типу, практично не проводилися.

Мета: Визначення зв'язків між показниками гомілки та конституціональними характеристиками у спортсменів мезоморфного соматотипу.

Матеріали та методи: Проведено комплексне обстеження спортсменів юнацького періоду онтогенезу високого рівня спортивної майстерності, які були розподілені на 3 групи: волейболісти (60 осіб), легкоатлети (88 осіб) і борці (61 особа). Реовазографічні параметри визначали за допомогою тетраполярної реокардіографії на комп'ютерному діагностичному комплексі. Оцінку кількісних параметрів проведено за часовими, амплітудними показниками та похідними від них за методикою Ронкіна та Іванова [1997]. Антропометричне дослідження проведено за методикою Бунака [1941], соматотипологічне – за Heath-Carter [1990], визначення компонентного складу маси тіла за Матейко [1992]. Після поділу спортсменів за соматотипами було виявлено,

що найбільша кількість осіб в усіх групах порівняння мала мезоморфний тип (40 борців, 51 легкоатлет, 32 волейболісти). Тому саме для когорти спортсменів з даним конституціональним типом був проведений кореляційний аналіз із використанням статистичного методу Спірмена.

Ю.В. Хріненко, Д.Д. Глевич

НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЛЮДСЬКИЙ ОРГАНІЗМ

Кафедра медичної біології

Р.П. Піскун (д.б.н; проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Проблема вживання молоддю та підлітками наркотичних речовин за своєю важливістю є однією з найгостріших в Україні . На сьогоднішній день існує безліч причин із –за яких підлітки і молодь починають вживати різні наркотичні речовини , що здатні викликати різні наркотичні речовини , що здатні викликати особливий стан наркотичного сп'яніння . Серед цих причин :нездатність правильно оцінити можливі наслідки своїх вчинків ,висловлювань; безтурботність ,легковажність ,незрілість психіки ; висока схильність до негативного впливу ззовні ; а також схильність до простого наслідування

Мета: З'ясувати основні види і критерії наркотичних речовин ,їх джерела стримання ,способи і шляхи потрапляння в організм людини і особливості патологічної дії .

Матеріали та методи :Матеріалом дослідження стала наукова періодична і монографічна література та наукові сайти всесвітньої мережі щодо наркотичних речовин .Метод опрацювати ти аналіз літературних джерел .

Результати :Проведеними дослідженнями встановлено ,що наркотичні речовини поділяються на шість груп : похідні конопель , опіатні наркотики (морфін ,кофеїн ,героїн ,метадол); психостимулятори (кокаїн ,ефедрін),галюциногени (з грибів або синтетичні –ЛСД).снотворно –седативні (снодійні та заспокійливі ліки) та летючі речовини наркотичної дії (ЛРНД- це бензин і різноманітні розчинники препаратів побутової хімії –клей «Момент» тощо).

Критерії наркотиків наступні : здатність викликати ейфорію (піднесений настрій) або, принаймні, приємні суб'єктивні переживання; здатність викликати залежність (психічну або фізичну) - тобто непереборну потребу знову й знову використовувати наркотик; істотну шкоду, яку завдають психічному та / або фізичному здоров'ю регулярно їх вживають; можливість і небезпека широкого розповсюдження цих речовин серед населення; в даному культурному середовищі споживання даної речовини не повинно бути традиційним (інакше в першу чергу необхідно було б віднести до наркотиків тютюн і алкоголь). Шляхи і способи потрапляння в організм різноманітні : перорально, інгаляційно, інфекційно ,як у вигляді препаратів так і у складі деяких продуктів харчування. До продуктів, які містять наркотичні речовини, відносяться: кондитерські вироби і шоколад; продукти, які містять трансжири; кава; газовані та слабоалкогольні напої і чіпси. Патологічна дія наркотиків пов'язана з руйнуванням клітин всіх органів і систем з наступною їх функціональною нездатністю, що призводить до смерті організму.

Висновки : На жаль в нашому суспільстві до цих пір не склалося належного розуміння загрози наркоманії ,як загрози соціальної стабільності суспільства так і загрози здоров'ю нації як такої зломати становище можна тільки при залученні до її всіх основних структур суспільства і державності правоохоронних органів до органів охорони здоров'я і освіти

Н.Ю. Царюк

ДИСТОПІЯ ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІЮ ШЛУНКА ПРИ ГЕРХ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О. Бевз (ас.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними Національної служби Амбулаторної Медичної допомоги реєструється близько 38 мільйонів звернень з приводу ГЕРХ. Серед даної групи пацієнтів 40-60% і більше мають рефлюкс-езофагіт. З часом у 10% з них розвивається стравохід Барретта.

Мета: дослідження морфологічних відмінностей між дистопією залозистого епітелію шлунка та стравоходом Барретта, визначення кореляційного зв'язку між віком, статтю та довжиною дистопічного фрагменту.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь пацієнти ,які мали ГЕРХ. Вони були розподілені на дві групи,що відрізнялись морфологічною картиною наслідків ГЕРХ. Перша група - пацієнти,що пізніше визначились як ті,хто має дистопію залозистого епітелію шлунка, друга- ті,хто має стравохід Барретта. Для морфологічного диференціювання було використано декілька методів, зокрема стандартний гістологічний метод фарбування гематоксилін-еозином та імуногістохімічні методи на визначення маркерів CDx2, CK7/20, віліну.

Результати: В ході дослідження було встановлено, що дистопія залозистого епітелію шлунка (ДЗЕШ) є результатом компенсаторно-приспосувальної реакції термінального відділу стравоходу на рефлюкс кислого шлункового вмісту. Провідними морфологічними критеріями для диференціації вище згаданих явищ були

наявність келехоподібних та парієтальних клітин. Для стравоходу Барретта характерна поява кишкової метеплазії з келехоподібними клітинами та клітинами Пенетта, а для ДЗЕШ- слизової оболонки кардіального відділу шлунку з або без присутності парієтальних клітин. Цей вид епітелію не дає розвиватись дисгенетичним змінам, що ведуть до розвитку кишкової метаплазії та підвищують ризик малігнізації. Також був виявлений зв'язок між рівнем естрогенів в організмі та кількістю ДЗЕШ в популяції. Таким чином стало відомо, що жінки менш сприйнятливі до розвитку дистопічних фрагментів ніж чоловіки (співвідношення 2,8:1), але ця закономірність змінюється до 1:1 після настання менопаузи. Відповідно до віку було зроблено висновок, що ДЗЕШ розвивається у середньому в 30-39 років, а стравохід Барретта після 50 років. Одним із вирішальних доказів морфологічних відмінностей став розмір фрагментів. Якщо дистопія займає менше 2 см, то це компенсаторний механізм, який не повинен розглядатись в плані неоплазії.

Висновки: Отже, дистопія залозистого епітелію шлунка в довжину менше ніж 2 см від Z-лінії без ознак кишкової метаплазії не може розглядатись в якості діагностичного морфологічного критерію як стравохід Барретта, тому трактується як проміжний епітелій (зміщення межі Z-лінії в проксимальному напрямку). Це компенсаторно-приспосувальний механізм, що виникає внаслідок подразнюючого впливу шлункового вмісту на слизову оболонку абдомінального відділу стравоходу й не може вважатись причиною розвитку неоплазії.

О.В. Чайковська

ВАЛІДАЦІЯ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНОГО КОМПЛЕКСУ ДЛЯ ОЦІНКИ ДІЇ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МІОКАРД В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Власенко (ас.), М.В. Йолтухівський (д.мед.н, проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання на сьогоднішній день є основною причиною смертності, складаючи левову частку усіх смертей у світі – 31% за даними ВООЗ і є пріоритетним напрямком для розробки нових препаратів для лікування і вторинної профілактики патології серця і судин. При цьому на етапі доклінічних досліджень необхідно отримати максимальний об'єм даних і створити доказову базу щодо дії препаратів на основні параметри роботи серця. Міокард є збудливою тканиною і складається з об'єднання особливих клітин – кардіоміоцитів, в основі роботи яких лежить складний процес генерації і проведення електричних імпульсів. Виходячи з цього, раціональний підхід для оцінки дії фармакологічних агентів на міокард – оцінка первинних електричних процесів, які є тригерами скорочення серця.

Мета: Розробити і провести валідацію універсальної тест-системи для оцінки дії препаратів на міокард для створення доказової бази щодо ефективності їх дії, виявлення ефектів комбінованої дії препаратів і дослідження побічних ефектів на електричні аспекти роботи серця.

Матеріали і методи: Експеримент проводиться на серці жаби після декапітації. Плаваючою 8-канальною системою-тетродом (з вольфрамівими електродами $d \sim 16 \mu\text{m}$), розробленою в лабораторії кафедри нормальної фізіології, була проведена позаклітинна реєстрація електроміографічних (ЕМГ) потенціалів на нативному серці і після введення адрено-блокатора ("Беталок", Astra Zeneca, аплікація на серце у дозі 0,5 мг).

Результати: Було отримано ЕМГ сигнал по 8 каналах. Проведена цифрова обробка сигналу, дослідження форми, стаціонарності, тривалості і амплітуди ЕМГ комплексів на нативному серці і після введення препарату. Була поражена частота серцевих скорочень (ЧСС), а також швидкість розповсюдження збудження по міокарду на нативному серці і після введення препарату. ЕМГ комплекси в межах одного каналу є уніформними. Початкова ЧСС становила $47,77 \pm 0,37$ уд/хв і після введення препарату зменшилась до $30,32 \pm 0,16$ уд/хв. Початкова амплітуда комплексів складала $695,8 \pm 12,1$ од., після введення препарату зменшилась до $539,7 \pm 28,9$ од. Затримка розповсюдження збудження між каналами становила 1,5 мс на початку і склала 2,7 мс після введення препарату, що відповідає швидкостям 3,66 і 2,06 м/с відповідно.

Висновки: "Плаваючий" електрод дозволяє отримати ЕМГ сигнал міокарду з якісними характеристиками сигнал-шум. Запропонований комплекс забезпечує можливість розрахунку ЧСС, швидкості розповсюдження збудження, амплітуди комплексів. Отже, запропонована система і методика оцінки електрофізіологічних параметрів може бути використана як універсальна тест-система для оцінки дії фармакологічних препаратів на серце на етапі доклінічних досліджень.

А.К. Черніченко

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІННЕРВАЦІЇ МОЗКОВИХ АРТЕРІЙ І ВЕН

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Іннервація внутрішньочерепного відділу судин головного мозку почала посилено розроблятися ще в кінці минулого століття. Розгалуження нервів спрямовуються як на стінку судин, де вони утворюють чутливі

закінчення, так і безпосередньо в товщу самої оболонки. В той же період з'явилися дані про наявність нервів на стінці судин, що вступають безпосередньо в речовину мозку. Поява нових методик стало новим поштовхом для дослідження іннервації судин головного мозку.

Мета. Метою нашого дослідження є вивчення нервового апарату всіх ланок судинної системи головного мозку, починаючи від великих магістральних судин і закінчуючи судинами, витягнутими з речовини різних ділянок кори і ядер основи головного мозку.

Матеріали і методи дослідження. Матеріал був взятий від 10 препаратів різного віку та статі, померлих від випадкових травм і від захворювань, не пов'язаних з судинною системою. Нервові елементи виявлялися за допомогою різних імпрегнаційних методик азотнокислого срібла (Більшовський — Грос, Е. І. Расказова) і азотнокислого свинцю (метод Гоморі в модифікації Чилингаряна) для виявлення кислоти фосфатази. У більшості випадків дослідження велося на тотальних і розшарованих препаратах різних ділянок судинної системи. Це дозволило отримати цілісне уявлення про картину нервового апарату судинної системи головного мозку і простежити зв'язок нервових елементів судин з нервовими утвореннями субстрату оболонки.

Результати. Проведене дослідження показало, що внутрішньочерепні відділи судин головного мозку (хребетні, основна, внутрішні сонні артерії) мають потужний нервовий апарат. Останній складається з нервових стовбурів різної товщини, нервових пучків. Крім того, до його складу входить багатий рецепторний апарат, представлений різноманітними формами вільних і «невільних» нервових закінчень і нервових клітин.

Висновки. За нашими спостереженнями, зазначені нервові елементи мають певну архітекtonіку, детерміновану будовою стінки судини і його калібром. Складність будови нервового апарату обумовлена тим, що навколо посудини і в товщі стінки багаторазово розгалужуються і з'єднуються між собою, утворюючи кілька поверхнями розташованих нервових сплетень.

М.В. Черноконь, П.Мальований, О.Б. Шевня

ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЧАСУ ЛЮДИНИ ПІД ВПЛИВОМ КОЛЬОРУ

Кафедра нормальної фізіології

Т.І. Борейко (доц, к. мед. н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: роботи полягає у вивченні та дослідженні впливу кольору на сприйняття внутрішнього часу людини.

Мета: вивчити і оцінити вивчення особливості впливу різного кольору на швидкість перебігу внутрішнього часу людини.

Матеріали та методи: у дослідженні брали участь практично здорові юнаки (студенти II курсу ВНМУ), віком від 17 до 20 років. Швидкість перебігу внутрішнього часу проводили шляхом визначення тривалості індивідуальної хвилини за допомогою спеціально нами розробленої комп'ютерної програми. В процесі дослідження внутрішнього часу студентам пропонували дивитись на екран монітору з певним кольором (зелений, червоний, фіолетовий).

Результати дослідження: аналіз результатів дослідження виявив достовірні розбіжності між часовими характеристиками швидкості індивідуальної хвилини при дії різного кольору. Встановлено, що під впливом фіолетового кольору тривалість індивідуальної хвилини найбільша і наближається до нормативного його значення. Червоний колір сприяв збільшенню швидкості перебігу внутрішнього часу і показники були найменшими під його впливом. Проміжне значення показало зелений колір.

Висновки: отже, результати досліджень свідчать, що на сприйняття часу суттєво впливає різний колір, і це необхідно враховувати в практиці психологічного розвантаження людини.

Результати: У борців мезоморфів найчисельніші кореляції з антропо-соматотипологічними характеристиками організму мали часові та тонічні показники реограми гомілки, які пов'язані, переважно, з тотальними, обхватними розмірами тіла, шириною дистального епіфіза гомілки, діаметрами грудної клітки та таза, м'язовою та кістковою масами тіла. Амплітудні показники найчисельніші зв'язки мають з висотою лобкової та вертлюгової антропометричних точок. У легкоатлетів мезоморфів до показників, які мали найчисельніші взаємозв'язки, належали тонічні та часові параметри. З поздовжніми та поперечними розмірами, кістковою масою тіла встановлені прямі зв'язки. У волейболістів мезоморфів амплітуда швидкого кровонаповнення мала найчисельніші взаємозв'язки з показниками зовнішньої будови тіла, поздовжні розміри тіла пов'язані з величиною амплітудних параметрів реовазограми гомілки, поперечні розміри дистальних епіфізів стегна та гомілки корелювали з часовими показниками реовазограми, амплітудою швидкого кровонаповнення та показниками тону судин артерій.

Висновки: Встановлено, що спортсмени різних видів спорту (волейбол, боротьба, легка атлетика), але одного конституціонального типу (мезоморфного) мають різну кількість і силу достовірних зв'язків між реовазографічними параметрами гомілки та показниками зовнішньої будови тіла.

І.А. Чирва, С.С. Дерій

СУЧАСНІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ МІОМИ МАТКИ. РОЛЬ ФАКТОРІВ РОСТУ І АПОПТОЗУ У ВИНИКНЕННІ МІОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Т.М. Король (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: лейоміома матки є найбільш частим доброякісним новоутворенням органів малого таза у жінок. Статистичні дані свідчать про те, що поширеність міоми матки досягає найвищих значень у репродуктивному віці і складає від 12 до 25% від усіх гінекологічних захворювань. За даними ряду іноземних авторів міома матки зустрічається приблизно у 30% пацієнток у віці старше 35 років. Але, епідеміологія міоми матки, заснована тільки на результатах клінічних досліджень, є статистично недостовірною. Аналіз секційного матеріалу показує, що справжня поширеність даної патології як у нас в країні, так і за кордоном становить більше 70%. Під час проведення серійних зрізів макропрепаратів видалених маток при гістеректоміях, виконаних за різними показами, в 77% випадків була діагностована лейоміома матки, з яких 84% - діагностовано множинний характер росту вузлів.

Мета дослідження: на основі сучасних вітчизняних і зарубіжних літературних джерел систематизувати патогенетичні основи розвитку міоми матки, з'ясувати роль факторів росту і апоптозу у виникненні міоматозних вузлів.

Матеріали та методи: аналіз науково-дослідницьких публікацій європейських та японських вчених в галузі патогенезу міоми матки, біохімічне дослідження активності ферментів та гормонів у міоматозному вузлі, загально-гістологічні методи дослідження.

Результати дослідження: У лейоміомі (91 % випадків) і в прилеглому міометрії (75% випадків) діагностована активність ароматази (цитохрому P450), що виробляє конверсію C19 стероїдів; активність даного ферменту в клітинах лейоміоми була вище в порівнянні з інтактним міометрієм. Крім цього у вузлі міоми був виявлений дефект ферменту 17 β -гідроксистероїддегідрогенази (тип II), що відповідає за конверсію в менш активний естроген – естрон, естрадіолу. Можна дійти висновку, що зростання вузла може підтримуватися за рахунок локального синтезу естрогенів, незалежно від яєчникових гормонів, що, таким чином, забезпечує свого роду автономність росту вузла. У багатьох опрацьованих дослідженнях було показано, що функціонування міометрія як гормонзалежної тканини опосередковано поліпептидними факторами росту. Дисбаланс між проліферацією і апоптозом, що являє собою запрограмовану загибель клітини, веде до переродження нормальних клітин у пухлинні. В нормі у регуляції апоптозу важливу роль відіграє протоонкоген bcl-2 та ген супресор пухлинної прогресії p-53. Підвищена експресія bcl-2 в клітині змінює нормальний перебіг процесу апоптозу і таким чином збільшує тривалість життя даної клітини. За допомогою імуногістохімічних методик було виявлено підвищений вміст у клітинах лейоміоми bcl-2 у порівнянні з інтактним міометрієм, при цьому у секреторну фазу циклу спостерігалось найбільше посилення експресії протоонкогену.

Висновок: вирішальну роль в утворенні міоматозних вузлів є збій механізмів апоптозу, за рахунок підвищеної експресії протоонкогена bcl-2 та само підтримання росту вузла завдяки локальній продукції естрогенів.

І.С. Човган

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ РОЗАЦЕА, АСОЦІЙОВАНИХ З HELICOBACTER PYLORI

Кафедра шкірно-венеричних хвороб

С.А. Бондар (д.мед.наук)

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Піліпонова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розацеа – хронічне захворювання шкіри обличчя, що має поліетіологічне походження та характеризується прогресивним перебігом і рефрактерністю до лікування. Захворюваність на розацеа становить від 1 до 10% загальної популяції. Значний негативний вплив захворювання на якість життя пацієнтів полягає у неестетичному зовнішньому виді, печінні в уражених ділянках, виражені припливи та часті формування ринофіми. Розацеа є хронічним мультифакторним захворюванням, при якому в патологічний процес залучається багато органів і систем (системи кровообігу, травлення, гормональна, імунна тощо) і яке становить важливу медико-соціальну проблему.

Мета: Вивчення особливостей етіології та патогенетичних ланок у розвитку розацеа.

Матеріали і методи: Опрацювання наукової літератури (статей, монографій) за останні 10 років, інтернет платформи.

Результати: Одним із напрямків розвитку розацеа є патологія ШКТ (гіпо- й анацидні гастрити, рідше гіперацидні гастрити, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки) асоційована з *Helicobacter pylori*,

що сприяє гіперпродукції вазоактивних речовин (VIP, пентгастрин), а також продукції бактеріальних токсинів, яким властива пряма вазодилатаційна дія. Більшість висновків ґрунтується на виявленні антитіл до *Helicobacter pylori* у пацієнтів із розацеа і позитивному впливі ерадикаційної (антихелікобактерної) терапії на перебіг захворювання. Розвиток запалення є основним патогенетичним чинником при розацеа. Доведено, що у хворих розацеа збільшується рівень прозапальних цитокінів (IL-1 β , IL-6, IL-8) майже в два рази, збільшується продукція реактивних кисневих радикалів. Одночасне збільшення кількості в сироватці крові IL-10, свідчить про хронізацію запалення, пов'язаного з персистенцією *H. Pylori*, в результаті чого формуються зміни імунної відповіді за змішаним типом Th1/Th2 реагування. Визначається експресія судинного ендотеліального фактора росту (VEGF) клітинами епідермісу й інфільтратів у дермі хворих на розацеа. Експресію рецепторів VEGF здійснювали ендотеліальні клітини та мононуклеари. Взаємодія судинного ендотеліального фактора та його рецепторів пов'язана зі змінами в мікросудинах і розвитком запалення у таких пацієнтів.

Висновки: Оскільки розацеа – хронічний дерматоз поліетіологічного походження, багато аспектів потребують подальшого дослідження. Практично відсутні офіційні результати епідеміологічних досліджень виявлення цієї нозології в Україні. Важливим є вивчення генетичних факторів та молекулярних аспектів патогенезу розацеа.

М.Б. Шандра

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО МІЄЛОЛЕЙКОЗУ

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Піліпонова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність теми: Сучасна онкогематологія є однією з найбільш динамічних галузей медицини, яка активно розвивається в останні десятиліття. Ріст захворюваності на гемобластози, висока смертність та поява пацієнтів з комбінованими онкопроцесами в організмі визначає дану проблему як найбільш актуальну та пріоритетну для наукових досліджень. Хронічний мієлолейкоз, як одна із форм хронічних лейкемій, зустрічається у 2-5% випадків мієлопроліферативних новоутворень, діагностується переважно в зрілому віці з частотою 3-6,5 випадків на 100 000 населення.

Мета: Вивчити особливості етіології та патогенезу хронічного мієлолейкозу.

Матеріали та методи: Опрацювання світової та вітчизняної літератури, фахових статей, монографій за останні 10 років.

Результати: Хронічний мієлолейкоз (ХМЛ) – злоякісна пухлина кровотворної тканини, яка виникає із клітини-предника мієлопоезу, загальної для гранулоцитарного, еритроцитарного та мегакаріоцитарного паростків кровотворення. Підтвердженням цього є виявлення патогномонічної для ХМЛ аномальної Ph1 (філадельфійської) хромосоми майже в усіх клітинах мієлопоезу (гранулоцитах, моноцитах, мегакаріоцитах, еритроцитах) у 88-97% хворих на ХМЛ. На відміну від цього, у лімфоцитах Ph1-хромосома відсутня. В моноклоновій стадії ХМЛ утворюється клон однакових пухлинних клітин, які диференціюються за допомогою цитохімічного дослідження (мають зменшений вміст лужної фосфатази, підвищену активність мієлопероксидази, ліпіди із суданом чорним) та позитивно відповідають на лікування цитостатичними засобами. В поліклоновій стадії ХМЛ відмічається пухлинна прогресія, лейкозні клітини стають більш злоякісними, недиференційованими ані морфологічно ані цитохімічно, поширюються за межі кровотворних органів, утворюючи лейкозні інфільтрати, починають домінувати клони пухлинних клітин стійких до цитостатичних засобів. Клінічні прояви захворювання обумовлені інтоксикаційним, анемічним, геморагічним та проліферативним синдромами. Діагностичними ознаками ХМЛ в гемограмі є – лейкоцитоз, наявність незрілих форм гранулоцитів, зменшення кількості зрілих форм нейтрофільного ряду, збільшення кількості базофілів і еозинофілів (базофільно-еозинофільна асоціація), анемія, тромбоцитопенія; цитогенетичне дослідження – виявлення Ph1-хромосоми за допомогою флуоресцентної гібридизації *in situ*. Патогенетичною терапією, що дозволяє еліминувати патологічно змінений клон клітин із Ph1-хромосомою та може призвести до повного одужання пацієнта є аlogenна трансплантація кісткового мозку або стовбурових гемопоетичних клітин. Впровадження в практику інгібіторів тирозинкінази на сьогоднішній є домінуючим методом лікування ХМЛ.

Висновки: Таким чином в основі патогенезу ХМЛ лежить специфічна транслокація між хромосомами 9 та 22 з утворенням гену *bcr/abl*, який продукує активовану тирозинкіназу, призводить до підвищеної проліферативної активності лейкемічних клітин при ХМЛ.

О.В.Швед, Д.В.Онопрійчук
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СТЕРЕОМЕТРИЧНУ БУДОВУ ПЕЧІНКИ

Кафедра гістології

О.І.Тереховська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Стереометрична будова печінки залишається одним із найскладніших питань гістології, існуючі моделі не бездоганні і викликають багато питань.

Мета: вивчити гістологічну будову печінки для виявлення більш вірного уявлення про її будову.

Матеріали і методи: аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел, відомості з інтернет мережі.

Результати: при вивченні будови печінки виділяють декілька структурно-функціональних одиниць, а саме: класичну часточку, порталну часточку та печінковий ацинус. Згідно з класичними уявленнями вважають, що структурно-функціональною одиницею мікроскопічної будови печінки є класична часточка, але, якщо говорити про розвиток патоанатомічних процесів в печінці, то найближче до істини був Раппапорт. В своїх роботах він писав, що печінковий ацинус не є частиною класичної часточки; хоча на зрізі ацинус складає всього 1/3 розмірів печінкової часточки, тому простіше уявити собі ацинуси печінки, як деякі самостійні структурні одиниці цього органу. Замість того, щоб думати, що печінка складається з часточок, можна вважати, що вона складається з ацинусів. Чому зручніше думати, що печінка складається з ацинусів, а не часточок? Являється очевидним, що ті частини печінкових трабекул, які знаходяться ближче всього до центральних вен, контактують з кров'ю «найнижчої» якості – тому, щоб досягнути центральної вени, кров повинна пройти по синусоїду, довжина якого щонайменше відповідає відстані яка дорівнює відстані від порталної зони до центральної вени. Кров, яка проходить через синусоїд, віддає кисень і накопичує вуглекислий газ. Раніше до розвитку уявлення про ацинус вважали, що синусоїди в паренхімі, які безпосередньо оточують порталні зони, отримують «найсвіжішу» кров, тому що на всіх ділянках вздовж порталного тракту кров майже безпосередньо надходить з гілки печінкової артерії і порталної вени, знаходячись в цьому тракті, прямо в синусоїдах, які у вигляді променів розходяться від порталного тракту. Але ігнорували той факт, що в порталних трактах повинні бути більш мілкі судини. Розглядаючи 3D модель ацинуса, можна розуміти, що ділянки, які Раппапорт називав малооксигенованими, можуть постачатися киснем з ацинусів, які знаходяться вище або нижче, віддаючи до неї капілярну сітку. Тому краще розглядати структурну одиницю печінки, як об'єднання декількох печінкових ацинусів.

Висновок: Таким чином, модель 3D печінкового ацинуса можна вважати такою, що найбільш повно відображає стереометричну будову печінки.

О.І. Штерєб

ВЗАЄМОВІДНОШЕННЯ КУТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ДЕЯКИМИ РОЗМІРАМИ МОЗКОВОГО ТА ЛИЦЬОВОГО ЧЕРЕПА

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.мед.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Дослідженнями встановлено, що з частковою і повною втратою зубів величина нижньощелепного кута збільшується за рахунок розсмоктування кісткової тканини. Вимірювання нижньої щелепи та черепа проводилися за широко прийнятої та рекомендованої Р. Ф. Дебецом (1964) системі Р. Мартіна. Отримані дані оброблялися методом варіаційної статистики (критерій Стьюдента).

Мета роботи. Метою нашого дослідження було уточнити і доповнити вже наявні дані про величину нижньощелепного кута дорослої людини у віковому і статевому аспектах і розглянути відносини між кутом і ознаками нижньої щелепи. При вивченні нижньої щелепи разом з черепом було поставлено питання і про взаємозв'язку нижньої щелепи і деяких розмірів мозкового та лицевого черепа.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження служили 15 чоловічих і 15 жіночих паспортизованих черепів з нижніми щелепами. у віці від 22 до 86 років з колекції кафедри анатомії ХНМУ.

Результати. Кут гілки нижньої щелепи (умовне цифрове позначення Р. за Мартіна -79) від 19 до 86 років у чоловіків коливається від 101° до 144°, у жінок 110° до 147°. У справжньому дослідженні проведена оцінка значущості статевих відмінностей з урахуванням вікових груп. Статистично значущими вважалися відмінності при величині більше двох. У віці від 19 -30 років, коли ще не закінчений процес зростання і формоутворень ці відмінності не значимі, надалі у всіх випадках різличі у величині кута нижньої щелепи у чоловіків і жінок значущі. як величина коливається від 2,15 до 3,75.

Висновки. Вікові зміни нижньощелепного кута чоловіків і жінок мають багато спільного, але стабільні розміри кута у чоловіків і тримаються довше ніж у жінок.

Ю.В. Щербич
**ЕЛЕКТРОННОМІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ЩУРІВ В ДИНАМІЦІ ПІСЛЯ ТЕРМІЧНОЇ
ТРАВМИ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ РОЗЧИНУ HAES-LX-5 %**

Кафедра гістології

Є.В. Міронов (ас.)

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

Актуальність: Останнім часом в експериментальних дослідженнях широкого поширення набув колоїдно-гіперосмолярний інфузійний розчин під лабораторним кодом HAES-LX-5%. Різні науковці вказують на високу ефективність даного препарату, зокрема при невідкладних станах. Його введення позитивно впливає на системну гемодинаміку, сприяє перерозподілу рідини в кровоносному руслі, відновлює тканинну перфузію. Доцільним є застосування даного препарату і при термічній травмі.

Мета: Встановити особливості субмікроскопічних змін в уражених ділянках шкіри щурів внаслідок термічної травми після введення колоїдно-гіперосмолярного інфузійного розчину HAES-LX-5%.

Матеріали та методи: Опікову травму шкіри здійснювали шляхом прикладання до бічних поверхонь тулуба тварин чотирьох мідних пластинок (по дві пластинки з кожного боку), які попередньо тримали протягом 6 хв. у воді з постійною температурою 100 °С. Площа поверхні кожної мідної пластинки дорівнювала 13,86 см². Загальна площа опіку шкіри у щурів складала 21-23 % поверхні тіла, експозиція становила 10с, що є цілком достатнім для формування опіку II ступеня – дермального поверхневого опіку (колишній III А ступінь). Розчин HAES-LX-5% вводили внутрішньовенно упродовж 5-6 хв. у дозі 10 мл/кг маси тіла. Інфузію проводили у каудальну порожнисту вену, для чого виконували її катетеризацію в асептичних умовах через стегнову вену. Електронно-мікроскопічні дослідження та фотодокументування матеріалу здійснювали на електронному мікроскопі ПЕМ-125К.

Результати: При проведенні електронно-мікроскопічного дослідження встановлено, що в ранні терміни після термічної травми (через 1 і 3 доби) за умов застосування розчину HAES-LX-5% субмікроскопічні зміни структурних компонентів ураженої шкіри подібні групі дослідних тварин, яким після опікової травми шкіри вводили 0,9 % розчин NaCl. Проте у крайовій ділянці рани краще збережені гемокапіляри та менший набряк сполучної тканини дерми. Позитивний ефект застосування коригуючих чинників був більш виразним через 7 та 14 діб експерименту. У грануляційній тканині ураженої ділянки наявні активні фібробласти, нейтрофіли, лімфоцити, макрофаги. У периферійних ділянках наявні кровоносні капіляри, що забезпечують трофіку і сприяють крайовій епітелізації. Субмікроскопічний стан шкіри в пізні терміни після опіку (21, 30 доба досліду) при застосуванні розчину HAES-LX-5% свідчить про значну нормалізацію її структурних компонентів. Регенераторні процеси призводять до епітелізації ранової ділянки, формуванню сполучної тканини дерми.

Висновки: Застосування колоїдно-гіперосмолярного інфузійного розчину HAES-LX-5% при термічній травмі значно пришвидшує репаративні процеси в уражених ділянках шкіри, покращує стан мікроциркуляторного русла, сприяє швидшому відновленню структурних елементів тканини в порівнянні з використанням 0,9 % розчину NaCl.

Д.А. Юнашев, В.С. Соловйов

ІННЕРВАЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Д.М. Шиян (к.м.н., доц.), М.А. Лютенко

Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна

Вступ. Вивчення іннервації мікроциркуляторного русла периферичних нервів представляє інтерес для розкриття структурних основ регуляції обмінних, захисних, регенераторних процесів у нервових стовбурах. У публікаціях, присвячених іннервації оболонки деяких спинномозкових і черепних нервів, попутно розглядається іннервація судин. У них не відображені особливості іннервації кровоносних судин, що належать до тих або інших ланок мікроциркуляторного русла. В літературі відсутні дані про адренергічної і холінергічної іннервації судин, нервів. Трійчастий нерв, що має розгалужене мікроциркуляторне русло, в цьому відношенні не є винятком.

Мета. Дослідити іннервацію мікроциркуляторного русла трійчастого нерва.

Матеріали і методи дослідження. Вивчалися препарати, імпрегновані азотнокислим сріблом.

Результати. Результати дослідження: на препаратах, імпрегнованих азотнокислим сріблом, можна спостерігати, що кровоносні судини трійчастого нерва супроводжуються нервовими стовбурами товщиною від 6-30 до 80 мкм, мієліновими і безмієліновими нервовими волокнами. Формування подібних судинно-нервових комплексів нервових стовбурів і волокон, що містять катехоламіни. З зменшенням діаметрів судин щільність мереж зменшується.

Висновки. Близько окремих кровоносних судин адренергічні волокна концентруються у вигляді

люмінесценції тяжів, утворених близько розташованими волокнами. Подібні тяжі розпадаються на складові їх волокна. Уздовж судин невеликого діаметра розташовуються тонкі адренергічні волокна, містять медіатор у вигляді гранул.

О.В. Юрій

СУЧАСНІ АСПЕКТИ В МОРФОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ. ПРОГНОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПУХЛИНИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

В.І. Панасюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема діагностики захворювань передміхурової залози є на сьогоднішній день надзвичайно актуальною. В Україні рак передміхурової залози (РПЗ) посідає 4 місце після раку легень, шлунку, шкіри. В період з кінця 80-х років до 2003 року частота РПЗ в Україні зросла з 5,8 до 23,7 на 100 тис. чоловіків. Нажаль, на ранніх стадіях захворювання має безсимптомний перебіг, а клінічні прояви з'являються здебільшого в тих випадках, коли радикальне лікування вже неможливе.

Мета: Дослідити основні методи ранньої діагностики РПЗ в світовій практиці та прогноз в залежності від морфологічної будови пухлини.

Матеріали та методи: Матеріалами для дослідження став аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел наукової інформації.

Результати: Основним методом діагностики РПЗ є трансректальна мультифокальна біопсія передміхурової залози під ультразвуковим контролем. Для визначення достатнього числа зразків тканин і досягнень найкращої виявленості РПЗ в залежності від об'єму ПЗ і віку запропонована Віденська нормограма, яка повинна використовуватися урологами при плануванні біопсії передміхурової залози (БПЗ).

При морфологічному дослідженні біопсійного матеріалу оцінюють: наявність або відсутність злоякісної пухлини простати; сторону і локалізацію враженою пухлиною стовпчиків тканини; ступінь диференціації пухлини за шкалою Глісона та TNM; відсоток враження пухлиною тканин; за відсутності карциноми ПЗ оцінюють наявність ділянок простатичної інтраепітеліальної неоплазії, дрібноацинарної атипичної проліферації (ASAP), а також ділянок атипії залоз або хронічного запалення.

Отже, ASAP не є передраковим станом, а висловлює лише неясність діагнозу. У зв'язку з цим при отриманні діагнозу ASAP рекомендується консультація іншого спеціаліста з переглядом гістологічних скелець, можливе використання імуногістохімічних методів аналізу біоптатів. Тому протягом 3-ох місяців після першої біопсії рекомендується провести повторну біопсію за розширеною схемою, рекомендується брати додаткові проби з ділянки атипії.

Висновки: Первинна біопсія передміхурової залози має виконуватись урологами, які мають необхідне матеріально-технічне забезпечення, трансректальним доступом під ультразвуковим контролем з отриманням матеріалу для гістологічного дослідження не менше чим з 12 точок. В практику опису гістологічного матеріалу рекомендовано ввести поняття ASAP і запропонувати модифіковану шкалу Глісона за версією ISUP, як таку що відповідає сучасним вимогам і використовується за кордоном як прогностична шкала. Прогноз захворювання напряму залежить від ступеня диференціювання пухлини.

Г.Ю. Юрченко

ВИРОЩУВАННЯ НЕЙРОНІВ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ МЕТОД У ЛІКУВАННІ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЦНС

Кафедра медичної біології

В.М. Шкарупа (д.біол.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність: Дегенеративні захворювання центральної нервової системи (ЦНС) – група захворювань, що характеризуються поступовою та постійно прогресуючою загибеллю нейронів, причини якої до кінця залишаються не розкритими. Хвороба Хантінгтона – дегенеративне генетичне захворювання ЦНС, що уражає людину в віці 35-50 років. Вважають, що патологія обумовлена дуплікаціями кодона CAG в гені IT-15, який кодує білок гантінгтін з невідомою функцією. На жаль, ліків для лікування хвороби Хантінгтона поки що не існує. На сьогодні досліджується застосування молекулярно-генетичних зондів з метою досимптомного та пренатального виявлення мутантного гена. Проте, одним з перспективних шляхів лікування цієї хвороби може бути трансплантація неушкоджених нейронів.

Мета: Проаналізувати сучасний стан проблематики методів вирощування нейронів зі стовбурових клітин та перспективи лікування дегенеративних захворювань ЦНС шляхом пересадки нейронів.

Матеріали та методи: Проведено мета-аналіз даних наукових досліджень щодо проблем вирощування нейронів зі стовбурових клітин.

Результати: Хоча всі дегенеративні хвороби ЦНС пов'язані з руйнуванням нейронів (наприклад, хвороби Альцгеймера, Паркінсона, Піка, бічний аміотрофічний склероз), саме на хворобу Хантінгтона орієнтовані більшість досліджень, спрямованих на розробку методик вирощування нейронів зі стовбурових клітин. На сьогодні добре відомо, що ембріональні стовбурові клітини можуть бути диференційовані в нейрони *in vitro*. Проте, аналіз даних літератури свідчить, що клітинна гетерогенність є серйозною проблемою використання ЕС клітин для отримання нервових клітин. Зазвичай, культури нейрональних клітин, які сформувалися з ЕС клітин, містять безліч різних нейрональних підтипів, а також клітини іншої природи, включаючи гліальні клітини. Нестача достатньої великої кількості клітин з визначеними і однаковими фенотипами є серйозною проблемою в нейробиології.

Окрім того, для використання нейронів - похідних ЕС клітин для трансплантації бажано отримати клітини-попередники, що дають визначене покоління клітин, а не суміш клітин, що містять також ті клітини, які можуть продовжувати ділитися і формувати пухлини.

Разом з тим, протягом останніх років, лише в декількох провідних лабораторій світу, зокрема лабораторія Кардіфського університету у Великобританії, вдалося вирішити ряд зазначених проблем. Позитивні результати, отримані в цій лабораторії, призвели до створення методики вирощування нейронів, яка включала кілька етапів: диференціація стовбурових клітин в нейрони, формування аксонів і дендритів, формування зв'язків між ними.

Висновки: Незважаючи на ряд проблем вирощування нейронів із стовбурових клітин, в декількох лабораторіях світу, за останніми даними, все ж таки отримані засоби, за допомогою яких можлива диференціація ЕС клітин в нервові клітини, і при цьому отримана генерація поколінь визначених нервових клітин, і в гомогенності їх популяції. Розроблені методики є надзвичайно перспективними щодо можливості лікування дегенеративних захворювань ЦНС оперативним шляхом.

Л.О.Яровенко

ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗУ ТА СТУПІНЬ ЕТАНОЛ-ІНДУКОВАНОГО УШКОДЖЕННЯ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З'ясування впливу хронічної алкогольної інтоксикації на організм людини є однією з актуальних і до кінця не вирішених завдань сучасної медицини. Протягом останніх 10 років відзначається збільшення споживання алкоголю з розвитком хронічного алкогольного ушкодження печінки (ХАУП), проявом якого є алкогольне ожиріння печінки (стеатоз), хронічний гепатит з жировою дистрофією та некрозом гепатоцитів, а за умови подальшого прогресування, навіть після припинення вживання алкоголю – фіброз (ФП) та цироз (ЦП) печінки (Махов В.М., 2012; Бабак О.Я., 2013).

Мета: вивчення патогенетичних особливостей стеатозу і стеатогепатиту та морфологічне дослідження стану паренхіми печінки у експериментальних щурів при хронічній алкогольній інтоксикації з урахуванням вікових особливостей.

Матеріали та методи: Експеримент було проведено на 48 білих щурах, віком 20 міс, які були поділені на 4 групи (n=12) : 1 – інтактні тварини; 2 – тварини з ХАУП модельованого по методиці Г.А. Ковальова та А.Ю. Петренка (2004); 3 – тварини з ХАУП при корекції кверцетином (100 мг/кг); 4 – тварини з ХАУП при корекції L-аргінін-L-глутаматом (35 мг/кг). Використано морфологічні методи дослідження тканини печінки.

Результати та їх обговорення: Відомо, що основним патогенетичним механізмом розвитку ХАУП служить пряма токсична дія алкоголю на гепатоцити. Накопичення в клітинах ацетальдегіду веде до перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), оксидантного стресу, порушення транспорту речовин в мітохондріях з руйнуванням пошкоджених гепатоцитів, стимулює синтез колагену зірчастими клітинами. Порушується жировий обмін з накопиченням тригліцеридів в печінці у формі пухирців (везикул), які можуть бути дрібними або великими. Також підвищується синтез фактора некрозу пухлин (TNF- α) з можливим розвитком гепатиту та ФП (Федосьина Е.А., Маєвська М.В., 2010). Крім пошкоджуючого ефекту, у відповідь на етанол-індуковане ушкодження активуються компенсаторні механізми та процеси регенерації печінки за рахунок інтерлейкіну (IL)-6, IL-22, системи СТАТ-білків (Степанов Ю.М., Філіппова О.Ю., 2013). Встановлено, що у дослідних щурів віком 20 міс на початок експерименту, на відміну від 6 міс і 1,5 міс тварин спостерігались вікові морфоструктурні зміни печінки. На тлі ХАУП виявлено розвиток вогнищевої великокрапельної жирової та паренхіматозної білкової дистрофії. Найбільших змін зазнали клітини печінки переважно центральнобулярних зон. Введення кверцетину та L-аргінін-L-глутамату привело до зменшення виразності альтеративних, дистрофічно-некротичних змін паренхіми печінки. Однак при порівнянні гепатопротекторних властивостей кверцетину та L-аргінін-L-глутамату, останній проявив більш позитивний ефект, оскільки морфологічно встановлено розвиток пиловидної жирової дистрофії печінки, що також характерно для контролю відповідного віку.

Висновки: 1. Виявлено алкогольне ушкодження паренхіми печінки дослідних щурів, що проявлялось розвитком стеатозу (великокрапельна жирова дистрофія).
2. Встановлено, що саме L-аргінін-L-глутамат активує регенерацію печінки та зменшує токсичну дію етанолу на гепатоцити, про що свідчить зменшення стеатозу печінки.

О. В. Яцула

МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНЕЗАРАЖУЮЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЛІКАРСЬКИХ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Г. К. Палій (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Важливою проблемою медицини залишається поширення резистентності серед збудників гнійно-запальних процесів. Постійно з'являються нові наукові публікації, які свідчать про значні економічні, фінансові витрати на боротьбу з захворюваннями, викликаними резистентними до антимікробних засобів збудниками. Вивчення властивостей антибіотиків, антисептиків, їх дії на резистентні варіанти мікроорганізмів сприяє вдосконаленню лікарських антимікробних препаратів.

Відомо, що лікарські антисептичні препарати чинять антимікробну дію на мікроорганізми, локалізують збудників, запобігають їх розповсюдженню, знижують їх адгезивну здатність, пригнічують продукцію токсинів і інших факторів вірулентності, патогенності. Після нанесення на поверхню шкіри лікарських антисептичних препаратів в зоні їх дії зупиняється ріст, розмноження та загибель мікроорганізмів, які супроводжуються елімінацією бактерій з макроорганізму. Для знезаражування ділянок шкіри успішно застосовують барвники, спиртові розчини багатьох антисептичних препаратів, які недостатньо ефективні для антисептикорезистентних штамів мікроорганізмів.

Мега роботи. Мікробіологічне дослідження знезаражуючих властивостей лікарських антисептичних препаратів (декаметоксин[®] (ДКМ[®]), паммосепт[®] (ПС[®]), N-цетилпіридиній хворид (ЦП).

Матеріали та методи. Дослідження проводили з препаратами ДКМ[®], ПС[®], ЦП. Антимікробну активність антисептиків визначали на 20 музейних і клінічних штамів мікроорганізмів з використанням сучасних методів. Дослідні мікроорганізми мали типові морфологічні, культуральні, біохімічні властивості.

Результати досліджень. Встановлено, що мінімальні бактерицидні концентрації ДКМ[®], ПС[®], ЦП знаходились в межах 0,45-62,5 мкг/мл. Мікробіологічне обстеження змивів шкіри рук після знезараження антисептиками показало, що у всіх випадках посіви виявились стерильними. На протязі 6 годин після знезараження шкіра рук залишалась стерильно. Лікарський препарат ПС[®] утворював на шкірі рук плівку, що забезпечило знезараження вторинної мікрофлори. Сформована на поверхні шкіри мікробоцидна плівка ПС[®] була досить міцна, не розчинялась у воді, крові та інших рідинах, не спричиняла негативної дії на шкіру, легко знімалась етиловим спиртом.

Покривна тонка плівка ПС[®] утворювалась на обмеженій ділянці шкіри після висихання препарату. Ефективність ПС[®] досягається безперервним контактом шкіри з ДКМ[®] в мікробоцидних дозах.

Висновок. Антисептичні лікарські препарати декаметоксин[®], паммосепт[®] належить до ефективних медичних засобів для профілактики, лікування гнійно-запальних захворювань шкіри.

СУСПІЛЬНІ НАУКИ



SOCIAL SCIENCES

О.О.Бабська
**ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР НА
СУЧАСНОМУ РІВНІ**

Сестринська справа
П.В.Яворський (д.мед.н.)
Житомирський інститут медсестринства
м. Житомир, Україна

Актуальність: останнім часом в Україні відмічається збільшення кількості інкурабельних пацієнтів, які потребують надання паліативної і медико-соціальної допомоги. Підвищення стандартів якості життя, інтеграція в європейський науковий та освітній простір, надання висококваліфікованих медичних послуг вимагають нових підходів до підготовки медичних працівників, розробки нового рівня їхнього професіоналізму, культури та компетентності, формування спеціаліста здатного до цілеспрямованих, самостійних, активних дій у стандартних і нестандартних ситуаціях.

Мета: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити педагогічні умови формування паліативної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі їх професійної підготовки.

Матеріали та методи: аналіз сучасних джерел інформації, обробка наукової літератури та статистична обробка результатів анкетування серед студентів випускних курсів Житомирського інституту медсестринства. Всього опитано було 57 студентів: 20 студентів 4-го курсу відділення «Сестринська справа», 20 медсестер-бакалаврів і 17 магістрів за спеціальністю «Сестринська справа».

Результати: дослідження показало, що респонденти загалом усвідомлюють недостатність своїх спеціальних знань з організації та надання паліативної допомоги. Так, зовсім незначна частина всіх респондентів вказали, що володіють такого роду знаннями в повній мірі, і ще половина – лише частково. Показано, що студенти випускного курсу медична сестра-магістр в цілому мали дещо кращі знання порівняно з іншими. Слід зазначити, що студенти, в цілому достатньо самокритичні. Лише 3 студентів з 57 опитаних вказали, що у повній мірі компетентні з паліативної допомоги. Решта мали або вибіркові знання – це половина респондентів, або визнавали, що не мають їх взагалі. На наш погляд, ці відповіді є відзеркаленням недоліків наявних навчальних програм, де питанням вивчення паліативної допомоги приділяється недостатня увага. Декілька респондентів визнали, що взагалі не мають спеціальних знань з паліативної допомоги. Позитивним моментом є й те, що абсолютна більшість опитаних студентів зазначили потребу в отриманні спеціальних знань з паліативної допомоги.

Висновок: паліативна компетентність майбутніх медичних сестер є показником професіоналізму та фахової майстерності, основою формування яких є медична освіта. Медичні сестри повинні невідпинно удосконалювати свої знання, вміння та навички з питань паліативної допомоги, щоб надати не тільки медичну допомогу, а й психологічну і моральну, та допомогти невиліковно хворій людині з гідністю закінчити свій життєвий шлях.

D. Barabash
DER STRESS IN DER HEITIGEN WELT
Lehrstuhl für Fremdsprachen

Wissenschaftliche Betreuerin Oberlehrerin L. A. Mazur
Nationale Medizinische Pirogov-Hochschule in Vinnyzia

Ziel: der Stress ist für unseren Alltag ganz normal. Aber nicht nur jetzt, im einundzwanzigsten Jahrhundert, sondern auch in vergangenen Zeiten. Außerdem können einige Wildtiere auch den Stress erleben. Deshalb soll man verstehen, dass der Stress nicht nur mit moderner Lebensweise verbunden ist. Der Stress ist ein normaler physiologischer Zustand heutzutage. Der kann sogar in gefährlichen Situationen nützlich sein. Er hilft uns komplizierte Aufgaben zu lösen, zum Beispiel Prüfungen abzulegen oder einem Unfall zu entgehen. Obwohl der Stress uns helfen kann und physiologisch bedingt ist, müssen wir uns in stressigen Situationen gut kontrollieren, weil wir im Stresszustand unbedächtig handeln können.

Methoden: manchmal gibt es zu viel Stressfaktoren, und der Organismus kann nicht nach dem Stress wieder normal funktionieren. Diese Faktoren sind im heutigen Leben anders als früher. Jetzt spielen eine große Rolle solche Stressfaktoren wie ständiger Lärm, Zeitnot, Termindruck, Ständige Konzentration auf die Arbeit, und so weiter. Ein wichtiger Stressfaktor bei der Arbeit ist der Druck des Hierarchiesystems. Eine Studie der britischen Regierung unter mehr als 10 000 Beamten hat ergeben, dass sich die Angehörigen der niedrigsten Hierarchiestufen drei mal so oft krank melden wie ihre Chefs, sogar ihr Risiko früher zu sterben ist dreimal höher. Dann wirkt sich der Stress auf den Menschen negativ aus. Personen, die den Stress nicht abbauen können, werden oft depressiv, nervös, kraftlos. Ständiger Stress kann auch zum Abbau des Immunsystems führen, deswegen kann er auch Infektionserkrankungen bewirken. Um negative Wirkung des Stress zu reduzieren, soll man den Stress abbauen. Dabei können Hobbys, die nicht mit Stress verbunden sind, helfen. Man soll die Umgebung wechseln und sich ein bißchen ausruhen. Zum Beispiel mag ich nach dem Unterricht mit dem Fahrrad fahren.

Schlußfolgerungen: kann man den Stress endgültig überwinden und weiter ohne Stress leben? Nein. Man kann den nur abbauen und muss als Bestandteil des Lebens akzeptieren.

М. В. Башинська
ПРОБЛЕМА ЗНИКНЕННЯ МОВ

Кафедра українознавства
М. І. Лісовий (к. пед. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними ЮНЕСКО, половина мов світу не використовується на належному рівні і багато мов знаходяться на межі зникнення. Це зумовлює актуальність дослідження та прагнення до збереження зникаючих мов, як основного джерела культури певного народу.

Мета: розглянути причини зникнення мов, оцінити проблему, з'ясувати, чи можливі шляхи її вирішення.

Метод дослідження: порівняльно-історичний, описовий.

Мова є однією з характерних ознак сучасної нації. Вона збагачується впродовж розвитку суспільства, містить у собі історію та пам'ять народу, відображає його характер.

Процес втрати навичок уживання національної мови поступово призводить до руйнації національної культури. Перехід мови до розряду наріччя, відмова від неї як від основної ознаки нації спричиняють знищення одного з провідних механізмів передавання, розповсюдження, збереження, споживання цінностей національної культури, а найголовніше – творення її нових цінностей.

Сьогодні в світі говорять на більше ніж 6000 мовах. 96% із них використовують усього 4% населення нашої планети. Зараз тисячі мов знаходяться на межі зникнення. У цій ситуації ЮНЕСКО відіграє ключову роль у просуванні нормативів і практики у сфері збереження різноманіття мов і культурних традицій.

Смерть мови та втрата мови не тотожні поняття. Смерть мови – це процес, що вражає мовні спільноти, в яких рівень мовної компетенції мовців знижується, зрештою призводячи до відсутності носіїв мови або мовців, які можуть розмовляти даною мовою вільно. Смерть мови може вражати будь-який ідіом, зокрема діалекти й мови, і часто пов'язана з лінгвоцидом, тобто свідомим, цілеспрямованим нищенням певної мови як головної ознаки етносу.

Виділяють ще таке поняття як втрата мови – процес втрати рідної або добре вивченої мови, спостерігається у людей, що живуть в умовах двомовності або багатомовності, а також у хворих на різномовні патології.

Причинами зникнення мов є процес колонізації; зменшення кількості носіїв мови; глобалізаційні процеси та міграція населення; технічний прогрес; урбанізація; мобільність у сфері зайнятості ведуть до розпаду мовних співтовариств, ринки праці вимагають знання основних мов, а не рідних.

Є таке поняття як мертва мови. Мертва мова – це мова, яка еволюціонувала в іншу мову або групу мов. Мертва мова не має живих носіїв, для яких вона є рідною. У деяких випадках згасла мова продовжує використовуватися з науковою і релігійною метою. Саме так використовуються такі мови: санскрит, латина, коптська та ін.

Результати: за статистикою, під найбільшою загрозою закінчити своє існування перебувають більше ніж 383 мови. Якщо не перешкоджати цьому процесу, то до кінця XXI ст. на планеті зникне половина мов, що існують тепер.

Висновок: збереження мов є дуже важливим як з погляду збереження культурного розмаїття людства, так і з наукового — багато мов, що зникають, ще погано описані лінгвістами і становлять великий інтерес для порівняльно-історичного мовознавства, етнографії, етнології, культурної антропології.

Н.І. Бережна

MODERN TECHNOLOGIES IN OUR LIFE

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О. П. Горпинюк (ст. викл.)

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

Background: imagine our life without technologies, without alarm clocks, refrigerators, computers, telephones etc. It would be very different from what we are accustomed nowadays. All of us rely on modern technologies through the day.

Purpose: to investigate the technology as the technical means in our life, the ways of improving people's abilities in diagnostics and therapy.

Materials and methods: through the years, we've watched technology grow like a child budding into adulthood. We use technology to control the world in which we live. People use technology to improve their ability to do work and to treat different diseases. Through technology, people communicate better. Technology allows them to make more and better products. Our buildings are better through the use of it. We travel in more comfort and speed as a result of technology, so it can make life better. Nowadays there are many diseases that still have no cure and there are many methods of treatment for diseases that still need to be improved. In the past diseases and sicknesses were difficult to identify because doctors didn't have the tools to do so. Today it is easier to determine any disorder, so medical

technologies can be very useful for what people need.

Conclusion: modern technologies help us in many ways and simplify our lifestyle; they have made it possible to communicate with people all over the world through e-mail, instant messaging. In many ways technology has enabled us to strengthen relationships by keeping in contact with old friends, colleagues and co-workers. Technology has even provided opportunities for students all over the world to receive an on-line education. Modern technologies give us an opportunity to influence the development of medicine, to improve methods of treatment and use more effective ways to diagnose different diseases. In my opinion, without technology our lives would all be much different.

Є.Ю.Бондар

МАРКЕТИНГ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: сьогодні об'єкти ринку, у тому числі й організації охорони здоров'я, працюють у конкурентних відносинах, і, відповідно, збільшують витрати на маркетинг, у зв'язку з чим інтерес до маркетингу зростає.

Мета: звернути увагу на корисність і доцільність використання маркетингу в галузі охорони здоров'я.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури

Результати: упровадження концепції маркетингу в систему охорони здоров'я зумовлене тим, що сьогодні в ній реально існують державні, муніципальні і приватні організації, сформувалася система медичного страхування, яка сприяє зародженню елементів ринкових відносин. У маркетингу групуються в єдиний технологічний процес практично всі елементи медичної та фармацевтичної діяльності. Результатом цього процесу є надання споживачам благ, які задовольняють їхні потреби в медичній та фармацевтичній допомозі. Тому маркетинг повинен бути зорієнтований на пацієнта, беручи до увагу його потреби, та розробляти і пропонувати саме те, що хоче пацієнт. Однак, медична організація повинна не лише задовольняти запити споживачів, але й підтримувати, і покращувати добробут як окремих громадян, так і цілого суспільства. Використовуючи маркетингові принципи керування медичною організацією, можна отримати необхідну інформацію про медичні і фармацевтичні послуги, які бажають отримувати пацієнти; встановити суму коштів, яку вони готові заплатити за певну послугу; визначити сегмент найбільш вигідного попиту, таким чином домогтися більш високих обсягів пропонованих послуг і отримувати більші доходи; мати змогу прогнозувати ситуацію на ринку медичних послуг. Обов'язково потрібно враховувати, що різні медичні послуги не можуть бути потрібні одночасно усім пацієнтам. Будь-які управлінські рішення повинні прийматися лише після проведення маркетингових досліджень, оскільки вони дають змогу виявити проблему, проаналізувати її, дійти певних висновків і отримати бажаний результат.

Висновки: отже, маркетинг в медицині лише почав розвиватися і ще не приносить очікуваної користі, однак, якщо продовжувати розвивати у такому ж темпі, то він принесе свої результати. Таким чином, головне завдання маркетингу у сфері охорони здоров'я, в цілому, полягає в тому, щоб перетворити економічні ресурси в готовий продукт – медичні послуги, медикаменти та товари медичного призначення, придатні для задоволення потреб людини і суспільства в здоров'ї. Поступальний розвиток системи охорони здоров'я України зможе вивести організації на рівень з європейськими.

Г. Ю. Боханов

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ОКРЕМИХ ОСОБИСТИХ НЕМАЙНОВИХ ПРАВ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О. О. Верлан (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: українська Конституція містить доволі великий перелік прав громадян, серед яких право на якісну медичну допомогу, що гарантується через побудовану в державі систему охорони здоров'я. Військова медицина завжди була окремим напрямом медицини і підпорядковувалась Міністерству оборони, тому має інакшу специфіку роботи і певні особливості, в порівнянні із іншими видами медичної допомоги. Разом з тим, проведення антитерористичної операції на сході України досить гостро поставило питання забезпечення прав військовослужбовців в сфері охорони здоров'я.

Мета: провести порівняльно-правовий аналіз забезпечення окремих прав цивільних осіб та військовослужбовців у сфері охорони здоров'я, проаналізувати базові законодавчі акти, порівняти їх, визначити особливості і відмінності та обґрунтувати необхідність внесення змін у вітчизняне законодавство.

Матеріали та методи: конституція України, Цивільний кодекс України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Статуту Збройних сил України. Методи: порівняльно правовий, статистичний, моделювання.

Результати: основними правами громадянина України у сфері охорони здоров'я є: право на медичну таємницю, право на згоду на медичне втручання, право на відмову від медичного втручання, право на свободу вибору в галузі охорони здоров'я, а саме: 1) право на вільний вибір лікаря; 2) право на вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря; 3) право на вибір закладу охорони здоров'я; 4) право на заміну лікаря. Статті 244, 245, 251, 253, 254, 256 Статутів ЗСУ відбирають таке право у військовослужбовця у зв'язку з необхідністю подачі службової та медичної характеристик та рапортів перед проходженням ВЛК та направленням на лікування, присутністю керівного та офіцерського складу під час засідання військово - лікарської комісії. Хоча стаття 18 Статуту ЗСУ вказує, що «військовослужбовці перебувають під захистом держави і мають усю повноту прав і свобод, закріплених Конституцією України» повинна забезпечувати дані права, але технічно, у вищезазначених аспектах, це не є можливим. Тому ми пропонуємо змінити алгоритм направлення військовослужбовців на ВЛК та лікування таким чином: у відповідних документах замість розгорнутого діагнозу застосовувати шифри МКХ-10, що забезпечить право військовослужбовця на медичну таємницю, та виключити з переліку документів, необхідних для ВЛК службу характеристику.

Висновки: проаналізувавши базові законодавчі акти відносно правового забезпечення цивільних громадян та військовослужбовців, відмічаємо фактичну відсутність права у військовослужбовців на медичну таємницю, свободу вибору в галузі охорони здоров'я, згоду та відмову від медичного втручання й необхідність внесення змін до Статутів ЗСУ.

В.І. Булавенко

КАТЕГОРІЯ КОЛЬОРУ В СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Г.Т. Михайлюк (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, України

Актуальність: Фахівці медичної галузі підтримують діалог між собою за допомогою професійної мови – комплексу мовних субодиноць медичних термінів, які постійно поповнюються новими найменуваннями.

Колірні визначення - це ще одна можливість для описової характеристики анатомічних структур людського тіла та є актуальними для сучасної лінгвістики, оскільки підтверджують глибинні зв'язки мови та природи.

Мета роботи: виявлення і системний лексико-семантичний аналіз найменувань сучасної анатомічної терміносистеми, які позначають колір.

Матеріал дослідження: сучасна версія Міжнародної анатомічної термінології, її український стандарт і Атлас анатомії людини Р.Д. Синельникова.

Методи дослідження: описовий, теоретичний аналіз, класифікація та систематизація.

Результати: анатомічна термінологічна мовна система виключає використання колірних визначень для емоційно-психологічної характеристики. Її завдання – номінація та структурно-функціональна диференціація анатомічних утворень.

У процесі опрацювання анатомічних термінів виділено 6 кольорів: білий (лат. *albus, a, um*); сірий (лат. *griseus, a, um*; *cinereus, a, um*); чорний (лат. *niger, gra, grum*); жовтий (лат. *flavus, a, um*; *luteus, a, um*); червоний (лат. *ruber, bra, brum*); блакитний (лат. *coeruleus, a, um*). Найбільш вживаними є прикметники *albus, a, um* “білий” та *griseus, a, um* “сірий”. Прикметник *albus, a, um* “білий” позначає 5 анатомічних структур (*linea alba* – біла лінія; *ramus communicans albus* – біла сполучна гілка). Прикметник *griseus, a, um* “сірий” номінує 4 анатомічні утворення (*substantia grisea* – сіра речовина). Прикметник *flavus, a, um* “жовтий” позначає два найменування (*medulla ossium flava* – жовтий кістковий мозок). Латинський прикметник *ruber, bra, brum* “червоний” вжито двічі (*nucleus ruber* – червоне ядро). Прикметники *coeruleus, a, um* “блакитний” та *niger, gra, grum* “чорний” є одновалентним (*locus coeruleus* – блакитне місце; *substantia nigra* – чорна речовина). В анатомічній термінології є паралельно існуючі прикметники: *griseus, a, um* та *cinereus, a, um* “сірий”; *flavus, a, um* та *luteus, a, um* “жовтий”. Дані прикметники не є взаємозамінні.

Висновки: анатомічних термінів, утворених на основі подібності за формою або функціями, більше, ніж досліджуваних. Категорія кольору по відношенню до інших груп означень (простору, величини) зазвичай є означенням першого рівня і розташовується безпосередньо після іменника. За граматичними і морфологічними параметрами прикметники, які застосовуються в анатомічній номенклатурі, не відрізняються від прикметників, які вживаються в інших сферах застосування латинської мови.

В.О. Ветрова, О.О. Боровська
СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.Ф. Адамчук (викл.)

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

Актуальність: при виконанні професійних обов'язків медичні працівники постійно спілкуються з хворими та контактують з різними медикаментами й дезінфекційними засобами у зв'язку з чим наражаються на небезпеку захворіти, тому вони мають підлягати страхуванню.

Мета дослідження: вивчення особливості формування професійної захворюваності в медичних працівників України в динаміці 2002–2016 років та документів, які регулюють процес їх страхування під час отримання ними професійних захворювань,

Матеріали та методи дослідження: в основу методики вивчення професійної захворюваності покладено принцип суцільної статистичної обробки первинних документів – усіх «Карт обліку профзахворювань (профотруень)». Аналіз законодавчих та нормативно-правових актів, наукових джерел які мають вагомий вплив у сфері страхування медичних працівників, статистичних матеріалів про професійну захворюваність та виробничий травматизм серед медичних працівників внаслідок отримання ними захворювання під час виконання прямих обов'язків.

Результати: у 2002–2016 роках в Україні виявлено 1092 випадки професійних захворювань у галузі охорони здоров'я. З 2006 року в Україні спостерігається стійка тенденція до зменшення кількості випадків та зниження рівня профзахворюваності. У структурі професійних захворювань у медичних працівників перше місце займає туберкульоз (80–100 %, у середньому за 15 років – 87,7 %), друге – захворювання опорно-рухового апарату (від 1,3 до 6,7 %, у середньому – 3,1 %), на третьому місці - алергічні захворювання – від 1,0 до 5,1 % (у середньому 2,3 %). Нормативно-правове забезпечення складається з: Конституція України, Кодекс законів про працю України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб, Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ, Про затвердження Порядку призначення перерахування та проведення страхових виплат: Постанова Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань в Україні та інші.

Висновки: професійна захворюваність медичного персоналу обумовлена: впливом комплексу різних за своєю природою факторів; формальним проведенням попередніх медичних оглядів та допуску до роботи осіб, що мають медичні протипоказання; розповсюдженістю самолікування серед медиків; матеріально-технічним забезпеченням медичних установ пристроями, лікувально-діагностичним обладнанням, матеріалами та інструментарієм; відсутністю стандартизованих вимог до безпеки умов праці та охорони здоров'я медичних працівників; інші причини. Система законодавства України у сфері суспільних відносин що виникають у процесі страхування медичних працівників у зв'язку з професійним захворюванням потребує вдосконалення та запозичення досвіду у провідних країнах Європи.

В.В. Вихватнюк

ВИДІЛЕННЯ ФІЛОСОФСЬКОЇ ОСНОВИ У РЕЛІГІЙНОМУ ВЧЕННІ БУДДИСТІВ

Кафедра філософії та суспільних наук

С.В. Черкасов (д.філ.н.)

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

Актуальність: буддизм є однією з провідних світових релігій за кількістю прихильників, географічним поширенням і соціально-культурним впливом. Його послідовниками нині є близько 7% населення на планеті. Виникнення буддизму в Індії стало релігійною революцією, яка спричинила зміну світогляду багатьох місцевих жителів з подальшим поширенням її на території інших держав. Буддизм набув поширення у більшості європейських країнах: буддистські організації, центри і невеликі групи є практично у всіх країнах Західної Європи, а також в окремих країнах Східної Європи.

Мета: встановити взаємозв'язок між основними характеристиками буддизму та загальним філософським вченням для того, щоб визначити рівень фундаментальності філософських положень у розвитку даної релігії. Обґрунтувати доцільність твердження, що буддизм є філософсько-релігійною системою.

Матеріали та методи: на основі аналізу проведених соціальних опитувань та опрацювання відповідної літератури шляхом моделювання було створено порівняльні таблиці. Завдяки методу аналогії було проведено паралель між основами буддизму та філософії.

Результати: буддизм і філософія є здебільшого тотожними у характеристиці структури світогляду; проблемах відповіді на питання причини або питання «чому»; забезпеченні людської свідомої самоідентифікації; визначенні положення людини у суспільстві та природі; виконанні функцій (світоглядної, пізнавальної,

логічної, соціально-адаптивної, критичної та виховної); забезпеченні зроблених висновків на основі логічного умовиводу.

Висновок: філософське вчення тісно пов'язано із розвитком буддизму, оскільки є фундаментальною основою його структури, положень, принципів, закономірностей розвитку та поширення. Твердження, що буддизм є філософсько-релігійною системою можна вважати цілком доцільним.

Д.О. Гаврилюк, Г.І. Мельниченко

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.Ф. Адамчук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на ХХІ століття» близько 70% проблем, які виникають у хворих, повинні вирішуватись саме на первинному рівні. За вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я, в умовах сьогодення первинна медична допомога, в першу чергу, має відповідати ряду вимог, а саме: безперервність, довготривалість, багатoproфільність, превентивність та економічна ефективність. У зв'язку з цим виникає необхідність в удосконаленні первинної ланки допомоги. Варто зазначити, що реформування даної галузі тривалий час являється пріоритетним завданням влади у сфері охорони здоров'я - за 25 років незалежності було розроблено близько 20 законопроектів, які прямо чи опосередковано стосувались створення реально функціонуючого інституту сімейної медицини, проте жоден з них не зміг бути реалізованим в повній мірі.

Мета: спираючись на особливості реформування первинної ланки медичної допомоги визначити та проаналізувати правовий статус лікаря загальної практики - сімейної медицини (ЛЗПСМ), а також нормативно-правову базу, на підставі якої буде здійснюватись їх регуляція

Матеріали та методи: у ході даної роботи проведений аналіз нормативно-правових документів, що стосуються даної галузі, зокрема постанова Кабінету Міністрів України №989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», наказ МОЗ України від 23.02.01 № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» та інші. Також ознайомилися з основними напрямками реформи первинної медицини, які в скорому часі мають бути реалізовані.

Результати: ми встановили, що в обов'язки ЛЗПСМ входить надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактики; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому спеціалізованої або високо спеціалізованої медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги.

Реформування мережі первинної медико-санітарної допомоги спрямоване у тому числі і на поліпшення умов оплати праці медичних працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема, шляхом встановлення доплат, надбавок за обсяг і якість виконаної роботи за критеріями, визначеними Кабінетом Міністрів України, застосування регіональних стимулів: доплат, забезпечення службовим житлом, безкоштовне користування громадським транспортом, тощо.

Висновки: очікувані реформи націлені на формування якісно нової схеми надання первинної допомоги та створення якісно нового спеціаліста - лікаря загальної практики, з його чітко визначеним правовим статусом.

K. I. Gagalushko, S. P. Malchuk

ELECTROLYTES

Department of Foreign Languages

M. I. Kostiuk (as.prof.)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: electrolytes are necessary for normal functioning of organism. They play a leading role in the process of the transmission of electrical impulses that affect on work of the heart, muscles and nerves. Also they are important for balance of liquid.

Purpose: analysis of modern literature status regarding the electrolytes role in human body in normal case and pathological cases.

Materials: electrolytes are substances that can exist as salt, acids and alkali. They break and form little particles with opposing charges: cations (positive) and anions (negative). The most important cations in human organism are Na, K, Ca, Mg and anion is Cl.

The functions of electrolytes are extremely different: transport of water molecules; activation of hormones and enzymes; maintaining of pH sustainability; maintaining of osmotic pressure.

Microelement Na is necessary for the growth of organism, proper work of the peripheral nerve trunks and muscles, controlling of other electrolytes in solution. The norm of this electrolyte is 135-150mol/l. Decrease of this electrolyte may be a result of disorder of the circulatory system and activity of kidneys.

Microelement K effects on cardiovascular system and controls the amount of liquid in organism. Also it effects on allergic processes. The norm of this electrolyte is 3,5-5,5mol/l. The deficiency of results in of it fatigue, dyspnea and convulsions.

Microelement Ca provides normal heart rate and firms nervous system. The norm of this electrolyte is 2,15-2,5mol/l. Shortage may cause insomnia and fatigue.

Microelement Mg responds for the creation and transmission of impulses in brain. The norm of this electrolyte is 0,65-1,2mol/l. The deficit may cause morning sickness in pregnant women.

Microelement Cl responds for the normalization of acid-base balance. The norm of this electrolyte is 98-107mol/l. The decrease may cause acidosis.

Results: studying literature shows that process of the monitoring the levels of electrolytes in the body is important and relevant for modern medicine. An inadequate level may cause to different disorders in cardiovascular, nervous and other systems.

Conclusions: every electrolyte is very important for the proper functioning of the organism. They make different effects on all systems.

С. Гендимирадов

ЗАКОНОДАВЧЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТЕРМІНУ «ПРОЦЕДУРА» ПРИ ЗДІЙСНЕННІ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ОБІГОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра соціальної фармації
Л.В. Бардакова (к. юрид. н., ас.)
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: одне з провідних місць у діяльності держави відграє контрольна функція. Процедура державного контролю у сфері обігу лікарських засобів (ЛЗ) набуває особливого значення, оскільки під час здійснення контролю за виконанням вимог законодавства, будь-яка процедура, з одного боку, визначає найбільш доцільну й ефективну послідовність дій державних органів, з другого – гарантує захист прав і законних інтересів інших суб'єктів.

Метою представлених тез є законодавче обґрунтування терміну «процедура» при здійсненні державного контролю за обігом ЛЗ.

Відповідно до окресленої мети основними завданнями роботи є здійснення аналізу чинних положень законодавства щодо обґрунтування терміна «процедура»; формулювання дефініції правової конструкції «адміністративні процедури здійснення державного контролю за обігом ЛЗ».

Матеріали і методи дослідження: при системному вивченні процедури проведення контролю за обігом ЛЗ використовувалися системно-структурний і порівняльно-правовий методи дослідження.

Результати дослідження: у юридичній та фармацевтичній науках окремим питанням вивчення державного регулювання та контролю за обігом ЛЗ присвячені наукові праці багатьох вчених, зокрема Котвіцької А.А., Немченко А.С., Толочко В.М., Гаращука В. М. та ін. Гаращук В. М. підкреслив притаманність контролю відповідного процедурного аспекту. У зв'язку із цим, доцільно розглядати контроль за обігом ЛЗ як сукупність певних цілеспрямованих дій.

Для розкриття змісту адміністративної процедури контролю за обігом ЛЗ важливим є з'ясування терміну «процедура», що походить від латинського «procedo», означає «проходжу, або просуваюсь». Отже, «адміністративна процедура» – встановлений законом офіційний порядок розгляду й вирішення адміністративними органами індивідуальних справ, спрямований на прийняття адміністративного акта або укладення адміністративного договору.

Висновки: нами проаналізовано законодавчо закріплений термін «процедура» та встановлено, що це офіційний порядок виконання певної діяльності. Сформульовано дефініцію «адміністративні процедури здійснення державного контролю за обігом ЛЗ» – врегульована адміністративно-правовими нормами сукупність послідовних і взаємопов'язаних дій, що спрямовані на забезпечення реалізації контрольних повноважень суб'єктів контролю за обігом ЛЗ. Результати дослідження свідчать про необхідність законодавчого закріплення дефініцій, зокрема у напрямку, що забезпечує основу для прийняття правил і фактичної їх реалізації та сприяє прогресу у досягненні гармонізації між національними нормами і міжнародними стандартами, що створить сприятливе регулятивне середовище на фармацевтичному ринку та підвищить ефективність регуляторного інституту.

А. О. Домашенко
THE POSSIBILITY OF USING THE PROGRAM «SKIF»
Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології
І. В. Сімонова (викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Background: the virtual patient, who helps to learn the effectiveness of different methods of treatment and study medication «SKIF» gives the opportunity to use the study program for future doctors and pharmacologists.

The aim: to model and describe the most dangerous sources of influence of abnormal factors, that determine the quality and the character of illness; to generalize the information as for the treatment efficacy and its correction in the physiological, biochemical and biophysical criteria; to organize the regular simulation observations for the basic pathological conditions; to interpret received results regarding possible influence of the functional correlation of cells, organs, systems and the organism on the whole; to use the diagnostic investigation of the study medication.

Materials and methods: the retrospective analysis of the modern scientific literature, according to the researched problem; IntelCore i7; statistical methods: registration, ranging (the system of the parallel architecture for the system correction of the mathematical analysis as for the innovational similarity to the human body), comparison (applied HIL simulation).

Tasks and stages of the work: mastering of medical stimulation technology with the help of IT: cluster-based level, statistical level (fragments with the complicated calculation logic, with the parallelism and fragments with the simple calculation logic, with the large amount of information, that requires processing in the real time – such fragments can be realized effectively).

Results: possibilities of the virtual patient “SKIF”, as the unique informational model of the human being, are shown by means of the functional examples: the cardiovascular system, digestive system and urogenital system, that were developed by National Pirogov Memorial Medical University.

Conclusions: the analysis of different pathological conditions can be observed by means of all the systems and reactions, that occur in our body. Analyzing received results, it should be mentioned that the program can consider their genetic and physiological functions, preventive measures, the scheme of therapy and the process of treatment (including the individual characteristics of every person).

С.В. Дяченко
МЕДІАЦІЯ – НОВА АЛЬТЕРНАТИВА В ДОСУДОВОМУ ВИРІШЕННІ КОНФЛІКТІВ У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
О.О. Верлан (викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: актуальність запровадження альтернативних засобів захисту прав обумовлена тим, що сучасний стан судового захисту в Україні є незадовільним. У першу чергу це викликано великим навантаженням на суддів та несталістю судової практики. Медіація є позасудовим методом вирішення спорів із залученням посередника (медіатора), який допомагає сторонам спору проаналізувати конфліктну ситуацію таким чином, щоб вони змогли самостійно обрати той варіант рішення, який відповідатиме їхнім інтересам і задовольнить їхні потреби.

Мета: провести змістовний та глибокий аналіз раціональності та дієвості медіації для розв'язання конфліктів у медицині, з'ясувати її ефективність у різних сферах медичної діяльності на прикладах різних моделей спорів між сторонами та довести, що медіативний процес є вигідним, як з точки зору матеріальних витрат сторін так і часового еквіваленту тривалості процесу.

Матеріали та методи: проведено аналіз публікацій відомих вітчизняних та закордонних фахівців у сфері медіації, рекомендація Ради Європи «Про посередництво в кримінальних справах», рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи «Про медіацію в цивільних справах» та «Про сімейну медіацію», рішення Ради Європейського союзу «Про місце жертв злочинів у кримінальному судочинстві».

Методи: прогностичний, порівняльно-правовий, статистичний, аналітичний, формально-логічний.

Результати: за результатами здійсненого аналізу статей в мережі інтернет, а також з друкованих видань було досліджено, що медіація є найбільш вигідною формою альтернативного вирішення спорів. Під час процедури медіації сторони, які беруть участь в конфлікті, самостійно приходять до консенсусу, спираючись на досвід, знання і вміння медіатора. Зокрема, з допомогою кваліфікованого спеціаліста процес вирішення спорів між сторонами є менш тривалим, на відміну від звичайного суду. А також і світовий досвід вказує на те, що медіація є майже універсальним засобом вирішення конфліктів, що застосовується у багатьох сферах, починаючи від сімейних суперечок, закінчуючи конфліктами за участі громади та міжнародними конфліктами.

Висновки: таким чином, медіація, маючи сильний потенціал, здатна вирішити проблеми, що стоять перед правовою системою України. Зокрема, розвантажити судову систему та покращити стан правового захисту громадян. Застосування медіації широко сприятиме демократизації суспільства та становленню верховенства права.

Л.О. Єкеніна, М.О. Цокур

КЛІНІЧНИЙ АУДИТ У СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф.), Р.Г. Жарлінська (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: в умовах реформування системи охорони здоров'я України актуальним є пошук нових форм організації якісної медичної допомоги. Медичні послуги кращої якості, що надаються у більш ефективний спосіб та є орієнтованими на пацієнтів, - це світова вимога до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), яка ретельно контролюється за допомогою різних механізмів. Традиційними для України методами контролю діяльності ЗОЗ є акредитація, нормативне регулювання, звітування та оцінка показників здоров'я населення. Проте всі ці методи, зосереджені на кінцевому результаті і орієнтовані власне на діяльність, а не на вплив на пацієнта, якість процесу надання послуг, задоволеність пацієнта процесом та результатами отриманих послуг. Хоча в світі більше уваги приділяється власне процесу надання медичної допомоги, якості медичних послуг, відповідності цієї якості вимогам нормативних документів та задоволеності пацієнтів якістю отриманої медичної допомоги. Контроль в цьому напрямку здійснюється за допомогою спеціальних перевірок, а саме клінічного аудиту (КА). Отже, з'ясування сутності КА, його типів та видів є актуальною проблемою і потребує окремого дослідження.

Мета: розглянути існуючі підходи до КА, узагальнити їх, здійснити класифікацію типів та видів КА.

Матеріали та методи: у ході дослідження були вивчені праці вітчизняних та іноземних авторів на основі використання загальнотеоретичних методів (індукції, дедукції, порівняння, аналізу, синтезу) та системного підходу.

Результати: КА є дієвим інструментом в системі державного контролю якості медичної допомоги (ЯМД), спрямованим на постійне вдосконалення медичної практики. Клінічні перевірки повинні проводитися регулярно, і це має бути забезпечено через цикл аудиту, що завершується виробленням пропонуваного змін. Це мультидисциплінарна, мультипрофесійна діяльність, інтегрована в оперативне управління охороною здоров'я. На нашу думку, клінічний аудит являє собою цілісну, постійно змінювану складову в системі державного контролю сфери охорони здоров'я, яка спрямована на безперервне вдосконалення ЯМД населенню. КА включає оцінку даних, документів і ресурсів для перевірки продуктивності медичної допомоги у порівнянні зі стандартами належної практики. Це не нова концепція, вона вже давно застосовується в багатьох галузях медицини. Це, по суті, процес встановлення фактів та інтерпретації, ефективний інструмент для моніторингу та підвищення якості медичної практики, що, як правило, має дві функції: оцінювання поточного стану підрозділу ЗОЗ стосовно медичних послуг, які вони надають, та виявлення сфер для поліпшення в майбутньому. Цілями КА є забезпечення високої якості обслуговування пацієнтів, сприяння ефективному використанню ресурсів, підвищення якості надання та організації клінічних послуг, заохочення додаткової професійної освіти та підготовки кадрів у колективі ЗОЗ. Вирізняють такі основні види КА: базовий, довільна добірка документації, перспективний, тематичний, моніторинг небажаних результатів. За рівнями проведення: місцевий, регіональний, національний, міжнародний.

Висновки: отже, клінічний аудит – це аналіз, оцінка медичної діяльності, ефективності її організаційної структури, перевірка відповідності лікувально-профілактичної персоналу лікарень і амбулаторно-поліклінічної ланки правилам, стандартам, актам. Запровадження КА в практику діяльності ЗОЗ дасть змогу суттєво підвищити якість медичної допомоги, що надається пацієнтам.

В.О. Запара

АНГЛІЦИЗМИ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ

Кафедра українознавства
Я.С. Білик (к.філ.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: проблема сучасних англійських запозичень в українській мові є актуальною, зважаючи на тенденцію до «американізації» українського життя й української мови, що виражається у проникненні в мову великої кількості англіцизмів та американизмів.

Мета: дослідити й виявити причини проникнення у мову англомовних запозичень в аспекті їх асиміляції.

Матеріали та методи: для дослідження послужили тлумачні та енциклопедичні словники останнього сторіччя, наукові праці, а також жива мова українців. Для розкриття поставленої мети використовувались **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

Результати: вивчаючи англомовні запозичення, можна виділити наступні причини їх появи. По-перше, відсутність відповідного поняття в когнітивній базі мови-рецептора. До словника ділової людини міцно увійшли такі англіцизми як класифікатор, ноутбук і його нові різновиди: аудіобук, органайзер, пейджер, таймер, сканер, тюнер, детектор, топ-модель, інвестор, дайджест, спонсор, спрей. По-друге, англіцизми переважно усвідомлюються мовцями як чужорідний елемент і зберігають ознаки свого походження: фонетичні (джем, імідж), словотвірні (смокінг, маркетинг), семантичні (яструби – політики, прихильники жорстокого агресивного курсу у різних країнах). Ряд англіцизмів позначають національні (англійські, американські) реалії: Скотланд-Ярд (англійська реалія), діснейленд (американська реалія), а також предмети і явища в галузі спорту, техніки, економіки, політики. Англіцизм – ідіома чи крилатий вислів – пов'язується у свідомості мовців з англійським джерелом незалежно від способів творення: українське «скелет у шафі (буфеті)» (сімейна таємниця) – англійське «skeleton in the cupboard»; англійське «To be or not to be» – українське «Бути чи не бути».

Велика різноманітність косметики, невідомої раніше, наприклад, українській людині, стала причиною запозичення з англійської мови слів типу: мейк-ап (make-up – макіяж), консилер (concealer – олівець коректор), ліфтинг крем (lifting-cream – крем підтягує шкіру). Так само в українській мові активно функціонують англіцизми: гамбургер, фішбургер, чізбургер, виконуючи диференційовану функцію. Лексема сендвіч несе узагальнене значення, тоді як інші слова синонімічного ряду конкретизують значення слова сендвіч: гамбургер (усередині біфштекс), фішбургер (риба), чізбургер (сир), чікенбургер (курча).

Термінологія обчислювальної техніки, що склалася на базі англійської мови, легко поповнюється новими термінами англійського походження. Слова сайт, браузер, банер та інші використовуються в мові людей, що мають справу з комп'ютерами, яких з кожним роком стає все більше і більше.

Висновки: таким чином, простішим і ефективнішим вважається запозичення номінації, яка вже існує, разом із запозичуваням поняттям і предметом. Проте, як це вплине на українську мову, збагатить її або, навпаки, покаже час.

M. M. Zhelizna, Y. V. Naborets
HYPERHOMOCYSTEINEMIA
Department of Foreign Languages
M. I. Kostyuk (as.prof.)
National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: sulfur amino acid cysteine is extremely important for forming the tertiary structure of proteins and is one of the most powerful antioxidants. But it was proven recently that cysteine surplus in blood – hypercysteinemia – is associated to growth of thrombosis and vessels pathologies, but pathogenetic of this phenomenon are still not examined. The research of homocysteine level in human blood is an important task of medicine, as it is now a proven fact that the increased level of homocysteine level in blood is an independent factor increasing the risk of cardiovascular and some other diseases.

Purpose: analysis of modern literature status regarding the cysteine and homocysteine role in human body in normal case and in pathological cases.

Materials: cysteine is a conditionally irreplaceable amino acid. Homocysteine is a homolog of amino acid cysteine and differs from it with one methylene group. It is constantly synthesized in human body from methionine and then decomposes to cysteine which results in its quite low concentration. Among the adults the level of homocysteine varies at 10-11 mmol/l (the homocysteine concentration is normally higher among men, than among women). Only during pregnancy till the beginning of second trimester the level of homocysteine tends to decrease, facilitating the placental circulation. The level of homocysteine in the blood can go up due to numerous reasons: lack of folic acid, vitamins B6 and B12, low level of thyroid hormones, renal diseases, psoriasis, and systemic lupus erythematosus, among the smokers, coffee-lovers and against the background of some drugs.

What are the health problems associated with an increased level of homocysteine? Increased homocysteine affects the inner walls of blood vessels, making them vulnerable and weak. In addition on the laminar surface of vessels begins the process of accumulating platelets, cholesterol and calcium. These changes can lead to atherosclerosis.

Cysteine binds heavy metals and soluble iron and plays an important role in the activation of leukocytes and lymphocytes. L-cysteine is able to destroy mucus in the airways, thus it is often used for treatment of bronchitis and emphysema. Hypercysteinemia (an excess of cysteine in the blood), is associated with the development of the disorders and vascular thrombosis.

Results: research of scientific sources shows that process of monitoring the levels of cysteine and homocysteine in the body is important and relevant for modern medicine, because increase of their level in blood is the reason for cardiovascular pathologies.

Conclusions: cysteine is a conditionally essential amino acid that exhibits antioxidative effect in the body, but an excess of it leads to hypercysteinemia. Homocysteine – is a homolog of cysteine, which circulates in the blood in small amounts, but an increased level of this amino acid can lead to hyperhomocysteinemia.

М.В. Калієвська, М.В. Панченко
ПРАВОВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОБОЧОГО ЧАСУ ТА ЧАСУ ВІДПОЧИНКУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Р.Г. Жарлінська (к.ек.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: актуальною проблемою сьогодення в Україні є вдосконалення правових механізмів регулювання праці лікарів у частині встановлення режимів та обліку робочого часу. Для працівників закладів охорони здоров'я України тривалість щоденної роботифактичної доби складає до 24 годин. Така тенденція у вітчизняній галузі відрізняється від загальних тенденцій раціоналізації та оптимізації робочого часу медичних працівників, які характерні для національних систем охорони здоров'я розвинених країн, яким наслідує Україна. Введення Європейської директиви по часу праці, яка вимагає впровадження 11-годинної перерви для відпочинку кожні 24 години, несе в собі суттєві наслідки для організації роботи медичних працівників, що безпосередньо впливає на якість та рівень надання медичної допомоги, відношення самих лікарів до своєї професійної діяльності та усвідомлення своїх обов'язків перед суспільством.

Мета: вивчення специфіки правового регулювання робочого часу та відпочинку лікарів, напрацювання науково обґрунтованих пропозицій та рекомендацій з метою вдосконалення законодавства щодо режимів та обліку робочого часу лікарів задля захисту їх трудових прав.

Матеріали та методи: діалектичний (індукція, дедукція, аналіз, синтез), порівняльний та бібліографічний методи. Опрацьовано близько 15 вітчизняних та зарубіжних наукових публікацій та статей.

Результати: робочий час лікарів на сьогодні є різноманітним як за видами роботи, так і за умовами праці. Недоліками чинного законодавства є періодична підміна однієї підстави для скорочення тривалості робочого часу іншою. Нормативи навантаження на лікарів відсутні, а напрацювання науковців з даного питання залишаються поза увагою законодавців. Звертає на себе увагу відносно низька зацікавленість суспільства у отриманні медичної освіти та малий відсоток випускників вищих навчальних медичних закладів, які залишаються працювати за спеціальністю. Поза контролем у визначенні робочого часу та часу відпочинку залишаються багато державних та приватних медичних закладів.

Висновки: з урахуванням реалій ринкової економіки, ретельного перегляду потребують умови роботи лікарів за межами нормальної тривалості робочого часу. Дослідження наукових публікацій та документів закордонної практики показало недосконалість системи правового регулювання робочого часу медичних працівників. Необхідно винести питання щодо впровадження в Україні нормативів роботи лікарів аналогічних до тих, що діють у розвинених країнах. Це дозволить покращити рівень та якість надання медичної допомоги населенню і тим самим позитивно вплине на інтереси лікарів в даному аспекті.

К.О. Kaminska
BIORHYTHMIC PECULIARITIES OF CONCEPTION IN PEOPLE FROM DIFFERENT COUNTRIES

Department of Foreign Languages
V.V. Rodinkova, V.V. Mikaelian
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: it is well known that animal and human being activities fall under the circadian and seasonal biorhythms: animals mate during the most preferable time of the season which coincides with the term of pregnancy. Due to the rapid development of the civilization, artificial light, which was discovered by mankind, makes days longer and nights shorter. It means human daily rhythms, which had been formed for thousands of years, have been impaired during the last two centuries. Scientists claim that conception levels change owing to fluctuation of latitude and climate. That's why the best conditions for conception arise with the combination of day length of not less than 12 hours and temperature from 10 to 21 degrees Celsius.

The aim: to analyze the dependence of human life on natural rhythms on the example of seasonal variations in levels of birth rates in the populations that exist in different climatic conditions. The birth rates of Ukrainian and foreign students of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University were examined on the basis of their dates of birth.

Materials and methods: the approximate dates of conception of Ukrainian students were compared with birth dates of Ukrainian children from 2014 to 2016.

We have analyzed 14558 birthdates: 4408 Ukrainian newborns and 10150 VNMU students including foreigners of preparatory faculty of Vinnytsia Pirogov Memorial Medical University. All students were born between 1980 and 2000 inclusive.

Results: as it can be seen from the research the dates of birth were divided into decades of each month of the year. The analysis of the calculated data shows that the peaks and number of children born decrease in both populations at the same time.

The increase in the birth rates occurs at the beginning of January, end of March, mid-May, the last days of June and the first twenty days of November.

But the highest birth rates - the last ten days of August - of the Ukrainian population corresponds to a decline of those of the African population. As it can be seen, the best conception periods in Ukraine are: the period from the second ten days of February till the second ten-day period of March, also the first ten-day period of June, the first ten-day period of August and the third ten-day period of November, which is the largest one. In Africa the periods of conception are as following: the third ten-day period of March, the first ten-day period of August and the third ten-day period of September. As the African climate is characterized by constant temperature, conception periods can depend on celebrations.

Conclusions: from our findings that conception in humans does not occur evenly during the year. These peaks can be explained by both seasonal and cultural peculiarities of human life. However, the seasonality in birth of humans is not as pronounced as in animals. But we are still close to nature and civilization can completely destroy the seasonal rhythms.

I.S. Кедровська

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ СФЕРИ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П.Гель (доц., к.юр.н.)

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

Актуальність: процес швидкої інтеграції технічних досягнень у медичну галузь набуває важливого значення з огляду на високі темпи розвитку телекомунікаційної складової науково-технічного прогресу. Важливим для ефективного впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій в охороні здоров'я є аналіз можливих тенденцій розвитку соціально-медичних стосунків, які складаються в цій царині між пацієнтом, медиком і іншими суб'єктами, з урахуванням особливостей функціонування медичної галузі і втілюваних інновацій через призму офіційних документів і законодавчої бази

Мета: шляхом аналізу офіційних джерел інформації, законодавчої бази і законопроектів, виявити можливі організаційні недоліки на етапі формування соціально-правового поля для функціонування телемедичної допомоги.

Матеріали та методи: проаналізовано норми Конституції України (ст.ст. 31-32), Цивільного Кодексу України (ст. 286), Законів України: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про інформацію», «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах», Наказ МОЗ України «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я» від 26.03.2010 № 261, Модельного закону про телемедичні послуги СНД від 28.10.2010 №35-7. Методи: порівняльно-правовий, аналітичний.

Результати: в Україні на сьогодні відсутній єдиний закон, який би регулював суспільні відносини у телемедичній сфері, хоча й були непоодинокі намагання ухвалити закон «Про телемедицину», але його проект відкликано 15.02.2012 році. Єдиним офіційним нормативним актом у цій сфері в Україні можна вважати «Модельний закон про телемедичні послуги»(МЗ). Зокрема ст.14 наведеного вище закону передбачає обов'язкову наявність інформованої згоди (ІЗ) на надання телемедичних послуг (ТП), де така ІЗ означає повне інформування споживача ТП, або його законного представника, про мету, характер і обсяг послуги, можливі ризики та можливі витрати, які необхідно буде сплатити. До речі, бажання і права споживача вирішувати питання про необхідність надання такої інформації про себе зовсім проігноровані, що порушує норми чинного законодавства. Крім того, якщо звернути увагу на стандартну форму № 003-6/о первинної облікової документації, де передбачене прізвище, ім'я та інша інформація про отримувача послуги, тобто персональні дані, то відповідно зі змісту норм ЗП і МЗ автоматично виникає обов'язок надати їх всім суб'єктам надання ТП, проте цим порушується конфіденційність персональних даних. Також звужуються можливості пацієнта самостійно або за допомогою медика обирати собі лікаря (консультанта), внаслідок цього порушується право на вибір.

Висновки: окремі норми і принципи, закладені у «Модельному законі про телемедичні послуги» та проекти закону «Про телемедицину» здаються не занадто досконалими і можуть призвести до виникнення суттєвих перешкод для створення соціально позитивних суспільних відносин, пов'язаних із наданням телемедичних послуг та допомоги, оскільки ведуть до порушення базових прав пацієнта.

В.О.Кириченко
ASCORBIC ACID CONTENT IN DIFFERENT MARINE ALGAE SPECIES OF SEA OF AZOV

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Л.В.Дудікова (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Actuality. Ascorbic acid (vitamin C) is an essential nutrient required to maintain normal physiological functions in animal cells. Ascorbic acid is the most abundant vitamin in orange, lemon and grapefruit. More than 90% of the vitamin C in Human diets is supplied by fruits and vegetables. There is a growing need to assess the food value of seaweeds in view of their proven potential for use as food and especially as a source of vitamin C. However the vitamin C content hasn't been assayed so far in the algae of Sea of Azov.

Aim. The objective of this research is to determine ascorbic acid content in 4 species of marine algae (*Ulva lotuca* (L.), *Zostera marina* (L.), *Chaetomorpha crassa* (C. Ag.) Kütz., *Gracilaria dura* (Ag.) J. Ag.).

Materials and methods. Vitamin C determination was made by two standard method for determining ascorbic acid: 2, 6-dichloroindophenol titrimetric method and a redox titration using iodine. Algae were collected from 4 beaches in Berdyansk and Mariupol. A total of 100 samples of algae belonging to 4 species were collected in May 2016. Algae were sun dried for 6 h and for a further 12 h in the shade.

Results. Ascorbic acid concentrations were 37 mg/g dry weight for *Ulva* sp, 1,2 mg/g dry weight for *Zostera marina* (L.), 11 mg/g dry weight for *Chaetomorpha crassa*, 19 mg/g dry weight for *Gracilaria dura*. From the algae selected for absorption studies, *Zostera marina* and *Gracilaria dura* have the highest vitamin C content, followed by *Ulva* sp and *Chaetomorpha crassa*. It was also found that vitamin C content in *Gracilaria dura* is comparable to that in lettuce and tomato.

Conclusion. Seaweed is rich in some health-promoting molecules such as vitamin C. The algae evaluated in this study had highly variable ascorbic acid concentrations and could be considered as good sources of it. The use of these algae could help solve ecological and vitamin C deficiency problems in our country.

А.Ю Кирпичова
НЕОЛОГІЧНИЙ БУМ В УКРАЇНСЬКОМУ МОВНОМУ ПРОСТОРИ

Кафедра українознавства

Я.С Білик (к.філ.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: на тлі соціально-політичної кризи, що виникла в нашій державі у зв'язку з останніми воєнними подіями, в українському мовному просторі спостерігається бурхливе збільшення кількості нових слів - неологізмів, пов'язаних з Революцією гідності, анексією Кримського півострова, а також російсько-українським конфліктом.

Мета: класифікувати неологізми за тематикою та чинниками, що сприяли їх виникненню; визначити технологію створення та причину активного використання неологізмів Майдану і Антимайдану українцями.

Матеріали: газетні публікації політичного спрямування, виписані з джерел «Дзеркало тижня», «Газета по-українськи», «Українська правда» за період 2013–2014 рр. та соціальні мережі.

Методи: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

Результати: реакцією мови на зміни в комунікативному просторі є виникнення мовних інновацій. Цей термін здебільшого використовують як спільний для всіх різновидів мовних нововведень. На словниковий склад української мови значно вплинули зміни у суспільстві, які відбулись протягом останніх десятиріч і тривають досі. Коли з'являється нова реалія, для її назви часто використовують відоме слово, але вже в новому переносному значенні. Багато семантичних неологізмів з'являється традиційно – через метафоризацію та метонімізацію. За допомогою метафоризації мовець висловлює своє ставлення до сказаного, яскравіше відображає картину дійсності. Скажімо, на основі подібності ознак виникла метафоризована лексема *кіборг*. «Водночас у Генштабі ЗСУ учора пояснили, навіщо українські «кіборги» героїчно утримують Донецький аеропорт» (з газ.). Частими в сучасній українській мові є інновації, утворені на основі метонімії, багато з них стосуються суспільно-політичного життя (*зелені чоловічки*, *тітушки*, *ватники*). «Коли вийшли з прокуратури, поруч із будівлею стояли особи спортивної зовнішності, у народі їх називають «тітушки» (із газ). Поповнення лексичного складу української мови відбувається за рахунок власних словотворчих ресурсів і завдяки різним способам словотвору: суфіксальному, префіксальному, суфіксально-префіксальному, осново- та словоскладанню, аббревіації. Революція на Майдані й наступні за нею події в Криму та на Донбасі ввели вжиток українців цілий ряд нових слів і понять. Найвизначнішою у контексті нашого дослідження є група хронофактів (лексми, лозунги, власні імена, що характеризують конкретний факт, явище, подію для певного відрізку часу). Наприклад, *Луганда*, *Донбабве* - назва Луганської та Донецької областей після захоплення влади в них сепаратистами й початку воєнних дій на Донбасі.

Висновки: результати нашого дослідження показали, що неологізми, які виникли у зв'язку із воєнно-політичними подіями у нашій державі, набули широкого розповсюдження в усіх формах комунікації в мережі інтернет, засобах масової інформації та просто в живій мові українців.

В.В. Клименко, О.Г. Басінських
TOXOPLASMOSIS DURING PREGNANCY

Кафедра іноземних мов
Л.В. Дудікова (к.пед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Background: toxoplasmosis is an infection caused by a tiny parasite, which can live in cats. It's reassuring to know that catching toxoplasmosis during pregnancy is rare. However, if it does happen, toxoplasmosis can cause serious problems for an unborn baby. The most serious damage occurs from nervous system infection. This can include damage to the baby's brain and eyes, either in the womb or after birth. It may cause visual impairment or blindness, intellectual disability, and developmental delay.

Purpose: to review the medical literature searching new approaches in treatment and prevention of Toxoplasmosis in women.

Materials and methods: we have done a survey of research results published in medical journals and magazines and official reports of scientists discovering the topic.

Results: during early pregnancy, it can lead to miscarriage. If a pregnant woman catches toxoplasmosis, her unborn baby can develop water on the brain (hydrocephalus) or brain damage. It can also damage the baby's eyes or other organs. At birth, some babies affected by toxoplasmosis have no obvious problems. But these babies may develop symptoms during the next few months or years. Sadly, some babies are stillborn or survive only a few days after birth as a result of toxoplasmosis. Only about 15 percent of women of childbearing age are immune to toxoplasmosis, according to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fortunately, the number of women who contract the infection during pregnancy is still relatively small, and not all of them transmit it to their babies.

Conclusion: toxoplasmosis can't be transmitted from person to person, with the exception of transmission from mother to baby during pregnancy or from an infected blood transfusion or organ transplant. Generally if women have been infected with Toxoplasma before becoming pregnant

their unborn child is protected by your immunity. Some experts suggest waiting for 6 months after a recent infection to become pregnant.

Л.В. Коваленко

РЕКЛАМА В СФЕРІ МЕДИЦИНИ: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Р.Г. Жарлінська (к.екон.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: проблема збільшення рекламної активності на ринку медичних послуг стає все більш важливою по мірі виникнення необхідності пошуку нових, більш ефективних рекламних можливостей і появи в зв'язку з цим прикладів недобросовісної реклами. Дослідження правового аспекту реклами в сфері медицини не втрачає своєї актуальності, оскільки медичні послуги та лікарські засоби є специфічним товаром.

Мета: визначення специфіки реклами лікарських засобів і медичних послуг, а також дослідження законодавчої бази України та розвинутих європейських країн у сфері реклами лікарських засобів і медичних послуг з метою виявлення основних недоліків і розроблення рекомендацій щодо вирішення існуючих проблем.

Матеріали та методи: проведено аналіз нормативно-правової бази, вітчизняних та зарубіжних фахових видань, що висвітлюють законодавче регулювання реклами лікарських засобів та методів лікування.

Результати: кінцевою метою реклами, пов'язаною з наданням платних медичних послуг, є збільшення доходів медичної організації. Але нами виділено і більш конкретні завдання: формування у пацієнтів певного рівня знань про медичні послуги; формування у пацієнтів певного образу медичної організації; спонукання споживачів звернутися в дану медичну організацію; спонукання споживачів до отримання конкретної медичної послуги; формування у інших медичних організацій партнерських відносин. Реклама лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації допомагає збільшити конкурентоспроможність товарів компаній-виробників відповідних товарів та послуг. А за умов здорової конкуренції такі компанії підвищуватимуть якість своїх товарів та послуг задля збільшення кількості покупців. Крім того, не треба забувати про соціальну значущість реклами лікарських засобів, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації - вона підвищує освіченість споживача у цій сфері, доводить до його відома інформацію про характеристику, асортимент таких товарів та послуг. Реклама лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації регулюється ст. 21 Закону України «Про рекламу». Згідно зі ст. 26 Закону України «Про лікарські засоби» дозволяється рекламувати

лише ті лікарські засоби (ЛЗ), які відпускаються без рецепта і не внесені до Переліку заборонених до рекламування ЛЗ. Нині дана сфера також регулюється положеннями Європейської Конвенції про транскордонне телебачення, які загалом містять лише мінімальні, раціональні обмеження, і порівняно з чинним законодавством встановлюють лише одне додаткове обмеження – заборону телепродажу лікарських засобів і медичних послуг.

Висновки: з метою вдосконалення чинного законодавства в сфері реклами пропонуємо удосконалити визначення лікарських засобів, рекламування яких заборонено, а також посилити контроль за дотриманням суб'єктами господарювання законодавства про рекламу, зокрема, шляхом введення жорстких санкцій за порушення законодавства щодо створення дієвих форм і засобів контролю за дотриманням чинного законодавства. Вважаємо раціональним привести законодавство у цій сфері у відповідність до норм європейського права, яке згодом буде імплементоване у новій редакції Європейської Конвенції про транскордонне телебачення.

Т.Л.Ковальчук
НЕОЛОГІЗМИ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ

Кафедра українознавства

Я.С.Білик (к.філ.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: сучасний світ щодня змінюється під впливом багатьох факторів, з'являються нові поняття, явища та предмети, які знаходять своє відображення у мові. Тому поява лексичних новоутворень – явище цілком закономірне.

Мета: дослідити та виявити причини проникнення у мову неологізмів, визначити їх роль в сучасній українській мові.

Матеріали та методи: у процесі дослідження було використано тлумачні та енциклопедичні словники, наукові праці, живу мову українців. Для розкриття поставленої мети використано методи: індуктивний та описовий.

Результати: неологізми з'являються в мові, по-перше, як власне новотворення — шляхом словотворення на основі наявних у даній мові морфем (це основний шлях: роздержавлення, доленосний), переосмислення слова та лексикалізації словосполучення, по-друге, як відносні новотворення — внаслідок запозичення мовних одиниць з інших мов (шоу, спонсор, аеробіка, ламбада, у тому числі словотворного та семантичного калькування: євробачення, команда президента, зоряні війни, п'ятдесят на п'ятдесят) та переходу їх до загальнонародної мови з вулгарних стилевих сфер або територіальних різновидів (мутант, радіаційне забруднення; назви видів риб у міру їх промислового освоєння: нототенія, протипома та інші), а також актуалізації застарілих слів (наприклад, соборність, акт злуки — про возз'єднання східних і західних земель України 1919; щоправда, ці слова вживалися в мові української діаспори).

Поповнення української мови реабілітованими лексемами, новотворами, запозиченнями, елементами розмовного, професійного мовлення певною мірою порушує вже усталену кодифікацію української літературної мови, актуалізує питання про функціонування літературної норми та її варіантів. Виникають лексичні паралелі як перехідні ланки до нової норми або семантико-конотативної синонімії: баскетбол – кошиківка, бачення – візія, виставочний – виставковий, відпочиваючий – відпочивальник, винятковий – ексклюзивний, гімнастика – рухавка, зноска – посилення, журнал – часопис, казначейство – скарбниця, сучасний – модерний, фотографія – знімок – світлина та інші.

Неологізми – це основний фактор розвитку мови, а їх кількість тільки в періодичних виданнях у розвинених мовах досягає протягом року десятків тисяч, але не всі, звичайно, залишаються у мові, тож постійно видають словники нових слів та значень. Серед неологізмів багато термінів, які поповнюють професійну мову різних сфер діяльності населення.

Висновки: лексика будь-якої мови постійно поповнюється, збагачується, відновлюється. Деякі слова зникають, інші, навпаки, з'являються, а носії мови активно їх використовують. Отже, новоутворені слова мають сприйматися, як звичайне мовне явище – вони є невід'ємною об'єктивною частиною мовної культури, а їх правильний переклад на інші мови є важливим завданням.

М. І. Кривонос

THE INFLUENCE OF THE POPULAR FOOD ADDITIVE ON THE SMALL INTERSTINE

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О. П. Горпинюк (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Background: now the most popular problem is proper nutrition because of a great variety of food additives and poorly studied their effects on the human body. Most of them are harmful to our bodies although we do not know about it.

Purpose: to review the medical literature, investigate and analyze the impact of the popular titanium oxide additives on the cells' ability to absorb nutrients by the small intestine.

Materials and methods: research exposed a small intestinal cell culture model to the physiological equivalent of a meal's worth of titanium oxide nanoparticles – 30 nanometers across – over four hours (acute exposure), or three meal's worth over five days (chronic exposure). Acute exposures did not have much effect, but chronic exposure diminished the absorptive projections on the surface of intestinal cells called microvilli. With fewer microvilli, the intestinal barrier was weakened, metabolism slowed and some nutrients -- iron, zinc, and fatty acids were more difficult to absorb. Enzyme functions were negatively affected, while inflammation signals increased. Titanium dioxide is an inert and insoluble material that is commonly used for white pigmentation in paints, paper and plastics. It is also an active ingredient in mineral-based sunscreens for pigmentation to block ultraviolet light.

Results: Arizona State University study tested 89 common food products found that they all contained titanium oxide. Approximately five percent of products in this study contained titanium dioxide as nanoparticles which cause malabsorption.

«Dunkin Donuts» stopped using powdered sugar with titanium oxide nanoparticles in 2015. However, they can enter the digestive system through toothpastes as titanium oxide is used to create abrasion needed for cleaning. The oxide is also used in some chocolate to give it a smooth texture; in donuts to provide color; and in skimmed milks for a brighter, more opaque appearance which makes the milk more palatable.

Conclusion: according to this research the ability of small intestine cells to absorb nutrients and act as a barrier to pathogens is «significantly decreased» after chronic exposure to titanium oxide nanoparticles. This common food additive found in everything from chewing gum to bread.

П.П. Кручаниця

ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ЕКОНОМІЧНО КОМПЕТЕНТНОГО ВИПУСКНИКА МЕДИЧНОГО ВНЗ

Кафедра філософії та суспільних наук

І. А Марчук (ст. викл.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: актуальність проблеми формування економічної компетенції підсилюється не лише вимогами ринку праці, але й глобальними змінами, яких зазнав світ під час економічної кризи. Мета сучасних реформ у галузі охорони здоров'я – привернути увагу до нових потреб суспільства, врахувати глобальні зміни у системі надання медичної освіти. Відповідно, професійна підготовка лікарів у медичному університеті повинна рівнятися на високий рівень професіоналізму та компетентності.

Мета: обґрунтувати необхідність змін у парадигмі підготовки фахівців вищих медичних закладів освіти та реалізації їх професійної компетенції на ринку праці.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури, зіставлення.

Результати: система вищої освіти має складні зв'язки із соціальними, економічними і політичними компонентами держави і суспільства. Зміна соціально-економічних умов, становлення ринкових відносин нового типу ставлять нові, підвищені вимоги до соціалізації і професіоналізації особистості. При цьому необхідно враховувати фактори ринку праці, зокрема створення нових робочих місць за рахунок зростання попиту на кваліфікованих лікарів, різке зростання практичної сфери медичних послуг, потреба у високоосвічених фахівцях тощо; демографічні фактори, вирішення нових соціальних проблем, задоволення актуальних потреб різних верств населення у наданні кваліфікованих медичних послуг; важливість забезпечення високої конкурентної спроможності лікарів на європейському рівні.

Актуальність проблеми формування економічної компетенції підсилюється не лише вимогами ринку праці, але й глобальними змінами, які зазнав світ під час економічної кризи. У той же час молодий фахівець дуже часто стикається у процесі особистісної і професійної адаптації, окрім виробничих, з низкою проблем і завдань психологічного, економічного і соціального характеру. Важливою проблемою є набуття економічної компетентності, яка допомагає формувати економічне мислення, адаптувати до умов сучасного життя. Економічна компетентність базується на економічній освіті, що втілюється в знання студента-медика, та економічному вихованні, яке разом з освітою формують економічне мислення та свідомість людини. Окрім того, на такому вихованні і мисленні базується економічна культура індивіда. Тож знання та супутні їм культурологічні фактори дозволяють сформувати економічну компетентну особистість. Початок формування економічної компетентності студента на рівні вищої школи є ефективним та доцільним, втім вітчизняні дослідження з цього питання практично відсутні. Тому мають бути проведені подальші дослідження існуючого закордонного досвіду з цього питання та особливостей формування економічної компетентності студентів у нашій країні з огляду на сучасний соціально-економічний стан розвитку.

Висновки: отже, формування економічно компетентного випускника вищого медичного навчального закладу є важливою потребою сучасного конкурентного ринку праці.

М.Є. Крученко, В.А. Шоєтова

MUSIC AND ITS INFLUENCE ON HUMAN BODY

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.П. Горпинюк (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Background: music is a big part of our lives and without it would be interesting to have a look at some of the ways were act to it without even realizing.

Aim: to review the medical literature in order to investigate the emotional and physical state in listening to the music on our organism.

Materials and results: music affects many different areas of the brain and our brain actually responds differently to happy and sad music. Even short pieces of happy or sad music can affect us. One study showed that after hearing a short piece of music, participants were more likely to interpret a neutral expression as happy or sad, to match the tone of the music they heard. This also happened with other facial expressions, but was most notable for those that were close to neutral. Ambient noise can improve creativity. Loud music may not be the best option for doing our routine work. Moderate noise levels lead to higher creativity so we resort to more creative approaches. In high noise levels our creative thinking is impaired because we're overwhelmed to process information efficiently. Music helps us exercise. This happens because listening to music can drown out our brain's cries of fatigue. As our body realizes we're tired and wants to stop exercising, it sends signals to the brain to stop for a break. Listening to music competes for our brain's attention, and can help us to override those signals of fatigue, though this is mostly beneficial for low- and moderate-intensity exercise. During high-intensity exercise, music isn't as powerful at pulling our brain's attention away from the pain of the workout. Not only can we push through the pain to exercise longer and harder when we listen to music, but it can actually help us to use our energy more efficiently. A 2012 study showed that cyclists who listened to music required 7% less oxygen to do the same work as those who cycled in silence. Music can significantly distract us while driving. Drivers were tested while listening to their own choice of music and silence or «safe» music choices provided by the researchers. Of course, their own music was preferred, but it also proved to be more distracting: drivers made more mistakes and drove more aggressively when listening to their own choice of music. Even more surprising: music provided by the researchers proved to be more beneficial than no music at all. It seems that unfamiliar, or uninteresting music is best for safe driving.

Summary: investigating the literature we came to the conclusion that music has different affects and benefits on our body especially on our brain. So the words of Friedrich Nietzsche «Without music, life would be a mistake» prove the importance of music in our life.

V. Kudryk

MORPHO-PHYSIOLOGICAL DIVERSITY IN THE DEVELOPMENT OF GIRLS OF 12-13 YEARS IN THE CONTEXT OF REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.В Шерстюк (вчитель-методист)

Кременчуцька гімназія № 6

А.Л. Яценко (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Actuality: reproductive health of adolescents and youth has a special strategic importance for ensuring development of society. Girls are a true reserve of humanity, and therefore, the problem of their general and reproductive health is a priority nowadays. The development of the reproductive health of girls makes biological sense of puberty, when there is a rapid development of the individual both on the somatic and mental levels with the formation of all functional systems of the body and the whole person.

Aim: to clarify the main aspects of morpho-physiological diversity of development based on the analysis of biological and chronological age of girls of 12-13 years in the context of reproductive health.

Materials and methods: the sample for evaluation of morphological development amounted to 90 of 113 girls from 12-13 years of the 7th-8th grades of Kremenchuk gymnasium №6. We have conducted a modified assessment of biological age of teens based on three essential factors: the level of physical development, heterochrony index of growth and development, the degree of expression of secondary sexual characteristics. Determination of biological age together with indicators of physical development can assess more accurately the level of functionality of major systems of the body, that is growing, and to some extent – the level of health. Having compared the biological and chronological age, we have found striking cases of acceleration and retardation. Numerical results show that 61, 23 and 16% of respondents are mediants, retardants and accelerates respectively.

Summary: the received data reveal the necessity of creating adequate sanative-developmental measures as for creating life competence in maintaining fertile functions and culture of intersexual relationships among teenagers based on the difference in morpho-physiological development of girls of the same age.

О.В.Кузовлєва, В.О.Федорченко

ПРОБЛЕМИ КОРУПЦІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (к.ек.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: корупція сьогодні дуже поширена в сфері охорони здоров'я. Це визнають як окремі громадяни і науковці, так і міжнародні експерти, які вважають медичну галузь однією з найбільш корумпованих сфер суспільного життя в Україні.

Мета дослідження: вивчення причин поширення корупційної злочинності в галузі охорони здоров'я України та визначення можливих шляхів протидії цьому явищу.

Матеріали та методи: групою експертів досліджено 600 осіб, серед яких 287 осіб – чоловіки та 313 осіб жінки (віком від 19 до 24 років, мають неповну вищу освіту) методом анкетування, аналізу та групування.

Результати дослідження: анкета складалась з 6 основних питань та 1 додаткового. На питання щодо поширення корупції 520 (87%) респондентів відповіли «так», решта 80 (13%) – «ні». На думку 150 (25%) респондентів корупційні діяння поширені серед старшого медичного персоналу, 60 (10%) респондентів вважають їх поширеними серед керівництва медичних закладів; поширеність серед працівників Міністерства охорони здоров'я України підтвердило 30 (5%) респондентів, усіх ланок – 360 (60%) респондентів. У 100 (16%) респондентів прямо вимагали або натякали на хабар часто, а у 230 (37%) респондентів – рідко; 170 (28%) респондентів мають таку інформацію від близьких родичів, співробітників та знайомих, 70 (14%) респондентів – із засобів масової інформації, і лише 30 (5%) респондентам такі випадки невідомі. Матеріальну допомогу лікарням надавали добровільно – 200 (33%) респондентів, вимушено – 240 (40%) респондентів, не надавали такої допомоги – 140 (27%) респондентів. 160 (27%) респондентам довелось купувати лише частину ліків під час перебування на стаціонарному лікуванні в державних медичних закладах за власні кошти, 400 (67%) респондентам довелось купувати усі медикаменти, лише 40 (6%) респондентів лікувалось за державні кошти. На додаткове питання про виписані інші ліки, крім основних, відповіли позитивно – 330 (55%) респондентів, 270 (45%) респондентів заперечували такі факти.

Висновок: за нашим дослідженням, корупція у медичних закладах є поширеним явищем. Тому, є думка, що корупція істотно знизиться внаслідок переходу існуючої медицини в Україні на страхову, тим самим збільшивши бюджетні витрати на сферу охорони здоров'я і забезпечення медичних закладів сучасними медикаментами та обладнанням. Також важливим є посилення заходів контролю з боку держави у протидії корупції в медичній галузі та закріплення їх у відповідних нормативних актах.

О.М. Кучерук

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛАТИНСЬКИХ НАЗВ М'ЯЗІВ З УКРАЇНСЬКОЮ ЛЕКСИКОЮ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

І.О. Котик (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: мова - основний засіб людського спілкування та живий організм, система якого перебуває у постійному русі. Таємниця походження мови та різноманіття слів, питання про виникнення назв предметів у різних мовах цікавили людство споконвіку. Латинські назви анатомічних термінів є інтернаціональними, завдяки загальнокультурній спадщині давньогрецької й латинської мов, але в кожній мові вони мають свої особливі назви та ряди синонімів, тому представляють цікавий матеріал для дослідження з точки зору походження слова, особливостей його будови, зв'язків з різними поняттями навколишнього середовища.

Мета: дослідити етимологічні й структурно-семантичні особливості слів латинських назв м'язів, з'ясувати взаємозв'язок їхніх словотвірних коренів зі словами в українській мові; привернути увагу до проблеми творення слів, пробудити інтерес до етимології як науки.

Матеріали та методи: латинські та українські слова як лексична одиниця мови, анатомічні терміни м'язів людини, лексичний потенціал української та латинської мов; етимологічний, описовий, зіставний, словотвірний аналіз.

Результати: усього було досліджено 12 назв м'язів латинською мовою, встановлено похідні та споріднені слова, що є в українській лексиці. Для прикладу, проаналізуємо назву такого м'яза як erector. Musculus erector - м'яз-випрямляч. В немедичному українсько-латинському словнику подано наступне значення: erectio, onis f - постава, установка, гординя. Від нього утворений дієприкметник erectus - той, що прямує вгору, піднесений.

Слово *erectus* твориться від *erigo* - ставити прямо, піднімати; споруджувати. Дієслово *erigo* утворене префіксом *e-* та коренем *-reg-*. Префікс *e-* означає рух із середини назовні; корінь *rego* - керувати, правити, встановлювати. В медичному контексті важливими словами є *rectus* - пряма кишка / прямий, та пов'язані з ними такі слова як регуляція, регулювати, регуляторний, що споріднені з лат. *regulla* - правило, норма, і буквально перекладаються як влаштовувати, навчати, контролювати, впорядковувати. В українській мові словами, що мають латинський корінь *-reg-*, є ерекція, регіон, режим, директор, директива, ректор, ректорат, режисер, диригент, дирижабль, прерогатива, регалії, корекція.

Висновки: звернення до різного роду словників, у тому числі до етимологічних, розширює й поглиблює знання не тільки в галузі лінгвістики, а й у сфері історії, літератури, культури. Запозичені слова приходять разом із поняттями й, адаптувавшись у мові, збагачують її словесний арсенал. Етимологізування є фактором та інструментом пізнання, а етимологічна наука є ключем не тільки до історії слова, а й всієї мови. Розуміння етимології слів сприяє підвищенню якості навчання, пробуджує інтерес до слова, усуває причини, що викликають труднощі у процесі вивчення, сприяє швидшому запам'ятовуванню термінологічної лексики.

O. Y. Lepetenko

ADVANTAGES OF ANTICANCER DRUGS IN THE TREATMENT OF PRECANCEROUS LESIONS

Department of Obstetrics and Gynecology

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

N. A. Gaystruk (prof., PhD) A. L. Yatsenko (sen. lect)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: malignant neoplasms of the cervix occupy the fifth place in the overall morbidity and mortality of the female population in Ukraine. Now in Ukraine six women die from cervical cancer (CC) every day, most of them being of working age. Each year about 17 thousand cases of malignant diseases of female genital organs are detected. Cervical cancer never develops in unchanged epithelium. In other words, it is always preceded by precancerous changes in the epithelium known as dysplasia. In 90 percent of cases the cause of cervical cancer is the human papilloma virus.

Aim: to analyze the effect of anticancer agents as one of the main methods of treatment of cervical cancer, the task of which is to eliminate the pathological process of the cervix and the changes that contributed to its occurrence.

Materials and methods: the results of the study, which involved 85 women who were under observation in the Vinnitsia regional clinical Oncology center. The criteria to be included in the study were the following: the absence of pregnancy, presence of human papilloma virus infection, the presence of epithelial dysplasia of the cervix, age from 18 to 50 years. All women were divided into two groups – the studied group (45 patients) and the control group (40). All patients of the studied group were administered complex antiviral therapy including Epilagin. This is anti-estrogenic and anticancer drug of natural origin.

Results: colposcopic, cytological monitoring of treatment of the women studied was conducted after 6 and 12 months. After administration of an anticancer drug the viral load decreased, regressive changes of precancerous processes of the cervix and suppressed pathological growth were revealed. No progression of dysplasia process was observed. The drug proved to block the synthesis of viral proteins E6 and E7, thereby restoring local immunity. On examination after 12 months neither the signs of reinfection or reactivation of viral infection nor the signs of epithelial dysplasia of the cervix were revealed in the studied patients.

Conclusions: the results obtained showed high efficacy of anticancer drugs in treatment of precancerous diseases of cervix associated with human papillomavirus in women. Ease of use, safety and good tolerability of this drug make it one of the best choices in treatment of this disease.

О.Ю. Лепетенко

ДО ПИТАННЯ ПРО НОМІНАЦІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПУХЛИННОГО ХАРАКТЕРУ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Г.Т. Михайлюк (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Лексикологічний фонд термінології сучасної медицини перевищує 500 тис. одиниць та постійно поновлюється. Актуальність теми полягає в осмисленому опануванні клінічних термінів в цілому та назв хвороб пухлинного характеру зокрема.

Мета роботи: виявлення, системний етимологічний, лексико-семантичний та структурний аналіз вищезазначених термінів латинською мовою та переклад їх українською.

Матеріал дослідження: фахові медичні тексти (підручники, статті з даної проблеми), тритомний Словник клінічних термінів та електронні джерела.

Методи дослідження: описовий, теоретичний аналіз, класифікація та систематизація.

Результати: пухлина (лат. *tumor, orism*; грецьк. *ὄγκος* *onkos* об'єм, розмір) - це патологічна новостворена тканина, клітини якої втратили контроль над власною регуляцією, ростом і диференціюванням. Пухлини

прийнято ділити на злоякісні і доброякісні. Поширеними доброякісними пухлинами є: ліпома (грецьк. λίπος жир + грецьк. -ома пухлина), аденома (грецьк. ἀδήν залоза + -ома), папілома (лат. papilla сосок + -ома), хондрома (грецьк. χόνδρος хрящ + -ома), гемангіома (грецьк. αἷμα кров + ἀγγεῖον судина + -ома) etc. Злоякісні пухлини епітеліального походження називаються карциномами (лат. cancer, crim рак). Злоякісні клітини у сполучних тканинах номінують саркомаами (грец. σάρξ м'ясо + -ома). Для позначення незрілих злоякісних пухлин застосовується терміноелемент "бластома" (грецьк. βλαστός зародок + -ома): цитобластоми (cytoblastoma - грецьк. κύτος клітка). Деякі злоякісні пухлини мають особливі назви: лейкоз (лат. leucosis), лімфогранульоматоз (лат. lymphogranulomatosis). Термін саркома Капоші - син. саркома ідіопатична численна геморагічна (лат. Sarcoma Kaposisy. sarcoma haemorrhagicum idiopathicum multiplex) - це термін-епонім та має паралельну форму. Для диференціації пухлинних клітин міжнародна клінічна класифікація використовує буквенний символ: Т (tumor) – позначає розмір і поширеність первинного вогнища; N (nodulus) - стан лімфатичного апарату; М (metastasis) - віддалені метастази etc.

Висновки: назви пухлин – це переважно іменники III відміни; утворюються шляхом додавання суфікса -ома до основи іменника (переважно грецького походження). Суфікс -ома утворює також віддієслівні іменники зі значення «наслідку дії» (symptoma симптом). Має місце явище синонімії та вживання епонімів.

Для успішної роботи в будь-якій галузі науки спеціалісту необхідно правильно розуміти і коректно застосовувати відповідну фахову лексику.

В.О. Лисюк

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ В УКРАЇНІ: ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

Р.Г. Жарлінська (к.ек.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: незважаючи на те, що трансплантація органів та анатомічних матеріалів людини давно вийшла зі стадії експерименту і стала традиційною у ряді країн, в Україні лівова частка питань щодо правового врегулювання даної сфери діяльності так і не вирішені.

Мета: показати на прикладі інших країн законодавчі аспекти, що допоможуть підвищити якість надання спеціалізованої медичної допомоги хворим в Україні, що потребують проведення операцій з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, продовженні строку життя людини без втрати працездатності і зниження рівня смертності шляхом широкого впровадження новітніх медичних технологій.

Матеріали та методи: у світі існує дві юридичні моделі, що дають можливість здійснювати трансплантацію органів та анатомічних матеріалів від померлих людей,- це презумпція згоди і презумпція незгоди. Згідно з презумпцією згоди, якщо за життя людина не повідомляє, що вона проти трансплантації своїх органів, то після смерті її органи можна використати як донорські, не отримуючи при цьому згоду родичів померлого. Цією моделлю користуються такі країни як Португалія, Іспанія, Бельгія, Франція. Дана модель більш досконала ніж та, що використовується в нашій країні, а саме презумпція незгоди, що суттєво погіршує надання медичної допомоги в сфері трансплантації та утруднює юридичні моменти цього питання. Суть презумпції незгоди відображає Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» (ст.16), прийнятий ще у 1999 році.

Результати: за даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2015 році трансплантації органів потребували майже 5,5 тисяч осіб. Із них приблизно 2 тис. осіб потрібна була пересадка нирки, 1,5 тис. – печінки, ще 1 тис. чекала на нове серце. Також потрібно відзначити, що того ж 2015 року в Україні було проведено 136 трансплантацій при потребі 5,5 тисяч. У 2016 році була зроблена безрезультатна спроба внести зміни до деяких законодавчих актів України щодо трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині, ініціатором цієї спроби став народний депутат України Мусій О.С., який зареєстрував законопроект № 2386а від 16.07.2015. Даний законопроект був відхилений. Замість нього був ухвалений альтернативний варіант під № 2386а-1 від 04.08.2015, ініціатором якого стала Богомолець О.В., в якому зазначається, що кожна особа з повною цивільною дієздатністю має право прижиттєво дати письмову згоду або незгоду стати донором анатомічних матеріалів після своєї смерті (ст.16). По суті, це і є презумпція незгоди, яка гальмує розвиток трансплантації органів від померлих донорів в Україні.

Висновки: таким чином, для розвитку трансплантології в Україні потрібно зважати на досвід минулих років, адже від цього залежить життя людей, необхідно якомога швидше вирішити питання в даній сфері, використовуючи як орієнтир законодавчу практику інших країн, успішних в даній сфері.

А. І. Лукашенко

ПОХОДЖЕННЯ ТА ТРАНСФОРМАЦІЇ ПОНЯТЬ, ЩО ОПИСУЮТЬ ПСИХІЧНЕ НЕЗДОРОВ'Я

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

І. О. Котик (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: вираз «*Mens sana in corpore sano*» констатує зв'язок між здоровим тілом і духом, який отримав чисельні філософські рефлексії ще за часів Давньої Греції. Проте актуальним є питання чому термін, який позначає здорову людину «*sanus*» соматично і психічно, не має одного антоніма, який би симетрично відображав хвору людину. Так, термін «*insanus*» означає лише душевнохворого, божевільного, а коли мова йде про фізично хвору людину, використовують поняття «*aegrotus*». Розгляд етимології понять, пов'язаних із втратою психічного здоров'я, дозволить прослідкувати історичні трансформації поглядів щодо норми і патології, що є особливо актуальним в контексті прогнозів, згідно з якими до 2020 року, депресії вийдуть на друге місце серед хвороб, що спричиняють непрацездатність населення.

Мета: аналіз трансформацій перших понять, що позначали психічне нездоров'я та узагальнення їх місця у сучасній нозології.

Матеріали та методи: загальнонаукові, гуманітарні, лінгвістичні та вузькоспеціальні групи. Зокрема, методи аналізу і синтезу, узагальнення, роботи з текстами, етимологічний, семіотичний, компаративістський методи.

Результати: група слів латинської мови, що позначають стани, які характеризуються як безумство, божевілля, психічна патологія, душевні розлади та ментальні хвороби є достатньо широкою: *furo*, *phrenesis*, *dementia*, *insania*, *insipientia*, *melancholia* та інші. У ній є дві моделі, які описують позитивний образ божевілля, як вихід за рамки буденності, очікуваного, звичайного (*furo*, як геній, натхнення, ентузіазм) та негативний образ божевілля, як стан поза розумом (*aphron*, *insipiens*, *insania*, *dementia*, *stultitia*, як безумство, дурість, аморальність). Подібна розгалуженість семіологічних форм спостерігається при визначенні *melancholia* – як ознаки генія і божевілля, а також постійного і випадкового.

Висновок: сьогодні у діагностичних критеріях маніакально-депресивного психозу можна віднайти симптоми, описані лікарями Давньої Греції та Риму. Результати роботи свідчать про вічну актуальність питань психічного здоров'я та відхилень, що відображається у змінах означень понять, в особливостях перекладу термінології з грецької на латинську мову.

Г. М. Малюта

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кафедра філософії та суспільних наук

І. А. Марчук (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: першорядне значення у галузі охорони здоров'я має проблема якості медичного обслуговування. Вирішити проблему якості можна тільки за умови оптимізації керування системою медичного обслуговування на всіх рівнях. Важливу роль у розв'язанні цього питання відіграє персонал, як одна із ланок поліпшення результатів діяльності медичних установ.

Мета: обговорити питання оптимізації застосування важелів менеджменту в системі охорони здоров'я.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури.

Результати: досвід багатьох країн з розвинутою ринковою економікою свідчить, що державний характер охорони здоров'я слід поєднувати з децентралізованою формою керування та рівноправним існуванням приватної і державної форм власності. Для цього необхідне оптимальне співвідношення підготовки високопрофесійних кадрів системи охорони здоров'я та їх конкуренція на ринку надання медичних послуг. Проте дефіцит медичних менеджерів, підготовлених за міжнародними стандартами, актуальний і досі. Навчати кваліфікованого лікаря-фахівця в медичному університеті, інтернатурі для того, щоб потім він став головним лікарем, який буде думати, як відремонтувати дах лікарні, де дістати продукти для харчування хворих тощо – це велика розкіш. Першою умовою успішного керування кадрами є взаємозалежні підготовка і удосконалення медичних працівників, які повинні знайти собі практичне застосування відповідно до їх професійної кваліфікації. Другою неодмінною умовою ефективного керування кадрами є реалізація концепції інтегрованого розвитку медичних кадрів і самої системи охорони здоров'я. І в цілому, необхідне комплексне системне бачення керування як на рівні закладу, так і в цілому галузі охорони здоров'я. Для успішної роботи організацій системи охорони здоров'я у сучасних умовах необхідно періодично проводити дослідження з метою удосконалення чинних систем керування. Адже недостатньо організоване керування кадрами охорони здоров'я виявляється в багатьох симптомах неблагополуччя, зокрема в неадекватному використанні персоналу, в низькій його продуктивності, незбалансованості структури персоналу з потребами системи та ін. Ефективне керування кадрами обґрунтовує оптимальність управлінських рішень.

Висновки: оптимізація використання важелів менеджменту є важливим вмінням досягати поставлених цілей, спрямовуючи працю, інтелект, поведінку людей, які працюють в організації. Це є необхідною умовою для розгляду менеджменту як процесу впливу на діяльність окремого працівника, групи й організації в цілому з метою досягнення максимальних результатів праці. Успішному здійсненню реформ в системі охорони здоров'я України і, відповідно, підвищенню якості медичного обслуговування може сприяти, у тому числі, і впровадження принципів менеджменту в управління закладами охорони здоров'я.

O. I. Matviychuk

ORAL HORMONAL CONTRACEPTIVES

Department of Foreign Languages

I.I.Makodai (ass. prof.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: oral contraceptives are an excellent contraceptive choice for many patients who are willing and able to consistently take a daily pill. Hormonal contraception methods have allowed women to gain control of their reproductive function. Today, hormonal contraception methods are used by approximately 10 million women in the United States and by more than 90 million women worldwide. Their popularity is due to their low failure rate, ease of use, reversibility, and noncontraceptive benefits.

Purpose: to determine the positive and negative impacts of estrogens and progestins on women's reproductive system and the organism in general.

Materials: oral contraceptives may be recommended to patients because of their noncontraceptive benefits, such as treatment of dysmenorrhea or acne. The prototype progestin used in modern oral contraceptive pills is norethindrone (an estrane), which is created from progesterone. Oral contraceptives were originally designed such that progestin would inhibit ovulation by suppressing luteinizing hormone release at the level of the hypothalamus or pituitary. Estrogen was included to stabilize the endometrium to minimize breakthrough bleeding and spotting, although estrogen has been found to help suppress ovulation by inhibiting release of follicle-stimulating hormone. Other contraceptive mechanisms of action of oral contraceptive pills have since been discovered. Progestins decrease entry of sperm into the uterus by decreasing sperm motility and increasing cervical mucus viscosity. Progestins also inhibit sperm transport by decreasing fallopian tube motility. Finally, progestins alter the endometrium and thus inhibit implantation. What is more, combination oral contraceptives reduce the risk of ectopic pregnancy by 90%, the risk of pelvic inflammatory disease, protect against endometrial cancer, against cyst formation. Also randomized, placebo-controlled clinical trials have demonstrated that some combination oral contraceptives will reduce acne lesions by as much as 50%, have a positive effect on bone mineral density, and may slightly increase their insulin resistance. However, the major risks associated with oral contraceptive use can be grouped into disorders of the cardiovascular system.

Results: the studies show that the effects of these pills may be different. Nevertheless, it is one of the best ways to regulate the level of hormones in the organism and prevent the major part of dangerous diseases.

Conclusions: it needs to be recognized that oral combined hormonal contraceptives (estrogen/progestogen combination) are – besides being reliable forms of contraception – are cost-effective medications for many medical disorders in women. Therefore, these contraceptive drugs are important for female health and should be used in clinical practice.

O.O.Mazur

THE INFLUENCE OF AHA ACIDS ON THE PROBLEM SKIN

Foreign Languages Department

I.V.Simonova (lect.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: the question of problem skin affected probably everyone. According to the data, nearly 83% of teenagers at the age of puberty (11-17 years) have problems with the skin (acne, comedone) and 60% aged 18-30 years, 37% after 35 years and almost all the people in the planet at least once faced an aesthetic defects of the skin. AHA acids were discovered over 20 years ago by American scientists and were primarily used in dermatology for medical purposes (eczema, scurf). But then, it turned out that they improved the overall skin condition, illuminated pigmentation noticeably, moisturized the skin and fought the first signs of ageing.

Aim: to study basic mechanisms of AHA acids on problem skin, to give the general concepts of influence of fruit acids on the outer covering of the skin, and its role in the processes of keratinization and ageing.

Materials and methods: the native and foreign articles and contributions of dermatology, biochemistry and aesthetic cosmetology were studied and analyzed.

Results: positive effect of AHA acids on the problem skin is carried out similarly to biological exfoliation. Thus, exfoliating keratinized cell layer, acids start the process of physiological regeneration of the skin. The basic effect of their use is exfoliation, and it is explained by their property to weaken connection between corneocytes in horny layer.

The cell fission of basal layer occurs in reaction to an increased exfoliation. The renovation of skin happens naturally, and does not require mechanical intervention, because any damage of inflamed and problem skin is the cause to distribute the infection and increase inflammation. The fruit acids also purify excretory ducts of the sebaceous glands, preventing corcing and the formation of acne, involved in seborregulation, accelerate the process of detoxification of the skin greatly. Moisturizing action is implemented due to accelerated upgrade, as on the surface of keratinocytes there is the natural moisturizing factor-NMF. The acids dissolve protein of skin (keratohyalin) into aminoacids, therefore increasing gyroscopic properties of NMF. The moisturizing of the skin due to AHA acids can be explained by the example of the theory of stress. The chemical effect on the skin is the stress factor for it, in reaction to this the activation of protective systems of the skin begins, that results in mobilization of inner resources. Acids play the important role in the ageing process of the skin, as they stimulate fibroblasts that produce hyaluronic acid, and it in turn attracts water and is responsible for the epidermis, being a skeleton that holds itself the collagen and elastin fibers .

Conclusions: using fruit acids influence on the problem skin positively, increasing the process of physiological regeneration. Using in complex with the hyaluronic acid affects positively on ageing processes of the skin and with the salicylic acid on interrupting of the inflamed processes.

P. Malovaniy

SIMULATION SKIN ROLE IN PRACTICE OF YOUNG SURGEONS

S.G. Poida (sen.lect.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Issue: today in order to develop skills of performing surgical incision, putting surgical suture, including intradermal one, and tying surgical knots, a large number of manipulators and simulators including corpses is used. They are characterized by a rapid deterioration of working parts and require significant financial expenses. In addition, they do not always correspond to physical characteristics and properties of biological tissues. Cadaveric material creates additional inconveniences in use and is not widely available.

Objective: creation of synthetic skin simulator, which will provide repeated usage due to the strength and elasticity of material and rapid access to training at any location.

Materials and Methods: the closest technical prototype of the present invention model is a declarative patent for utility model number 102,515 on 11/10/2015. Authors: Ivanov A.A., Poti V., Reshetnyak A.A., Shevchenko O.R., Rybarchuk A.V. Choban V.R., Ulychna V.I. This simulator for applying surgical suture has the basis and two fixators. On the basis there is the curved platform which contains layers of simulators of muscles, superficial fascia, blood vessels and nerves, subcutaneous fat and skin. However, the given simulator has certain disadvantages: simulators of biological tissues in this model are made of foam and plastic, that differ significantly by their physical properties and consistency from biological tissues; working parts are characterized by rapid deterioration and require regular replacement.

Results: we have created a simulator called "Skin Simulator" and patented it as the utility model № u 2017 01084. The work principle of the simulator is practicing surgical technique of incision, layered suturing of a wound and formation of surgical knots with the help of a scalpel. Physical properties, consistency of simulators, the thickness of the layers come close to the relevant indicators of biological tissues, allowing efficient use of precision surgical techniques of suturing, including intradermal and cosmetic stitches by students and medical interns at workshops.

Conclusions: thus, the resulting simulator allows to fulfill technique of putting different types of stitches, the material is available to the masses (compared with other analogues) and durable in use, making the proposed skin simulator to be an indispensable aid in everyday teaching of medical students.

П. К. Мальований

ГНОСЕОЛОГІЯ БЕНЕДИКТА СПІНОЗИ (МЕЖІ ПІЗНАННЯ)

Кафедра філософії та суспільних наук

Т.Р. Беднарчик (к.філ.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: пізнавальний процес знаходиться в основі навчальної підготовки студентів. По завершенню навчання кваліфікований лікар продовжує використовувати і розвивати когнітивні здібності.

Мета: виявити важливі складові пізнавального процесу та його хибі у вченні Б. Спінози (1632-1677рр.) та з'ясувати притаманність стандартів істинного знання у когнітивній діяльності сучасного лікаря.

Результати: за вченням Спінози, розглядати окремі факти, у відриві від інших неможливо – усі елементи взаємопов'язані: збагнути частину можна лише через ціле. Тому і пізнання варто розглядати у цілісній єдності. Шукаючи для розуму шлях розуміння речей без омани та найкращим чином, у «Трактаті про вдосконалення розуму» Спіноза розглядає усі способи сприйняття, маючи на увазі під «способом сприйняття» як і безпосереднє, так і опосередковане пізнання. Обґрунтовує хибність тих способів, які не дають нам істинного знання.

Відповідно до теорії пізнання Спінози, ідеї людського духу адекватні й істинні в тому разі, коли вони співвідносяться з Богом. Будь-яка істинна ідея існує у Богові, тому що ідеї — це модуси божественного атрибуту мислення. Істинні ідеї ясні й чіткі. Для них характерна достовірність, оскільки істина — це властиве їм мірило, а поза нею немає іншого критерію (*veritas normat et falsitas*).

Спіноза розрізняє три способи пізнання:

чуттєвий, що виникає з афектів і здатний породжувати лише смутні й невпорядковані родові поняття;

раціональний, який оперує загальними поняттями шляхом умовиводів;

інтуїтивний, який здійснюється «*sub specie aeternitatis*» («з погляду вічності») тобто у відношенні до абсолюту.

Джерелом помилок може бути лише перший спосіб пізнання.

Висновки: незважаючи на те, що пізнає людина різними способами, Спіноза пояснює хибність отриманих знань. Істинне знання — це знання сутності, яке дає нам спосіб сприйняття. Це те, до чого повинен прагнути лікар. Саме таким є спосіб досягнення точного діагнозу.

T. S. Melnik

COMPLICATIONS OF DTP VACCINE

Foreign Languages Department

I.V. Simonova (lect.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: diphtheria, tetanus, or pertussis are very dangerous diseases that affect most often children at an early age. Manifestations of diphtheria are intoxication and formation of diphtheria membrane on the mucous membranes of the upper respiratory tract and impairment of nervous and cardiovascular systems. Pertussis affects the respiratory tract and is characterized by severe bouts of coughing. Tetanus affects the nervous system, causes tonic and tetanic contractions of skeletal muscle fibers which lead to asphyxia. All these diseases are defined by an extremely high mortality rate, and the only means of prevention is DTP vaccination. However, the use of DTP in children can cause a significant amount of complications, because the vaccine contains not only the components necessary for the formation of immunity, but also a large amount of other chemical substances.

Aim: to study complications which arise in children after DTP vaccine.

Materials and methods: analysis of the articles from foreign and domestic journals.

Results: as a rule, the DTP vaccine causes minor side effects such as fever, redness and swelling at the injection site. Various pathological complications may develop, such as fussiness (in 1 child of 3), tiredness or poor appetite (in 1 child of 10), vomiting (in 1 child of 50), encephalitis, which can lead to permanent brain damage, serious eye infection, or loss of vision, due to spread of vaccine virus to the eye, serious allergic reaction. It should be noted that most of these complications develop in children with low immunity.

Conclusions: getting diphtheria, tetanus, or pertussis is much riskier than getting DTP vaccine. But the vaccine, like any medicine, is capable of causing serious problems. Complications associated with the use of vaccines may be due to improper storage and use of vaccine preparations and their use in children with low immunity.

У. О. Німак

БІЛІНГВІЗМ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ

Кафедра українознавства

О. М. Лисенко

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: дослідження пояснюється інтересом до явища білінгвізму на сучасному етапі розвитку лінгвістики. Перш за все, варто відзначити, що білінгвізм — це специфічний стан суспільного життя, при якому спостерігається і є визнаним факт функціонування й співіснування двох мов у межах однієї держави.

Мета: встановити основні причини та наслідки розвитку білінгвізму, проаналізувати явище українсько-польського білінгвізму.

Матеріали та методи: висвітленням проблем даної теми займалися такі науковці, як: Л. Масенко, О. Сербенська, М. Кочерган, А. Загнітко, О. Чернічкіна, З. Блягоз тощо. У процесі дослідження використовувались описовий та зіставний методи.

Результати: поняття білінгвізму нерозривно пов'язане з терміном «мовні контакти». У сучасній мовознавчій літературі також вживаються терміни: «схрещування мов», «змішування мов», «взаємовплив мов». Джерелом білінгвізму, як правило, виступає етнічна неоднорідність самого суспільства, наприклад, існування в одній державі двох етносів, що користуються різними мовами. Через те, що в сучасному світі практично немає етнічно «чистих» держав, білінгвізм як явище отримало велике поширення. Білінгвізм відображає ситуацію, коли відразу дві мови визнані державою, внаслідок юридично закріплених норм або законів, на рівні офіційних і з рівноправним статусом для кожної з цих мов. Уперше поняття «білінгвізм» було введено у 1038 році В. О. Аврорінім, який визначав його як однаково «вільне володіння двома мовами. Інакше кажучи, білінгвізм

починається тоді, коли рівень знання другої мови дуже близько наближається до рівня знання першого». Поняття «білінгвізм» іноді перекладають як «двомовність», тому у сучасній лінгвістичній літературі ці два слова використовуються як еквіваленти.

Функціонування українсько-польського білінгвізму можна пояснити як приклад регіонального та тривалого білінгвізму. Так, наприклад, у другій половині XIX – початку XX століття мовне питання було одним із найголовніших для жителів Галичини, Буковини та Закарпаття, що перебували в межах єдиної Австро-Угорської імперії. Уряди країн, до складу яких входили українські землі в зазначений період, чітко усвідомлювали, що для подальшого підкорення українських земель потрібно перш за все обмежити сфери функціонування української мови як найголовнішої передумови формування держави. В переважній більшості шкіл навчання велось у Східній Галичині польською мовою, у Північній Буковині – німецькою, у Закарпатті – угорською. На Галичині україномовні заклади освіти перетворювалися на школи з польською мовою викладання, а українські гімназії перетворювалися на утравістичні (двомовні), що сприяло поширенню колективного білінгвізму.

Висновки: сучасний етап розвитку людської цивілізації неможливо уявити без активного контактування мов і культур. Внаслідок цього проблема білінгвізму загострюється. Особливого вивчення потребує проблема двомовності в Україні, яка є актуальною вже протягом довгих років і залишається такою ж на сучасному етапі.

І.І.Новиченко

ДО ПИТАННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ПРИНЦИПІВ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А.Марчук (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: найважливіші цінності людини – життя та здоров'я – сьогодні розглядаються як предмет цивільно-правових угод. У зв'язку з цим, актуальним є визначення медичної послуги як предмету розгляду маркетингу для надання споживачам.

Мета: обґрунтування впровадження комплексу маркетингових принципів як найефективнішого засобу зміцнення позицій медичних організацій та надання медичних послуг в умовах конкурентного ринку.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури.

Результати: ринок надання різноманітних видів послуг в Україні ще й досі характеризується рисами нестабільності, хаотичності, що властиво для капіталізму. Причини цього стану зумовлені як природою надання послуг, так і особливостями вітчизняної економіки. Медичні послуги виступають товаром, виходячи з чого можна стверджувати, що медичні заклади беруть участь у створенні національного доходу, хоча, з одного боку, фактично не створюють матеріального продукту, а з другого – створюють умови для виробництва усіх без винятку суспільних благ. Медична послуга з позицій маркетингу – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до чинних медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг. Робота медичних установ є продуктивною з економічної точки зору, оскільки направлена на відновлення основного державного ресурсу – людського капіталу. Відзначимо й те, що медичні послуги характеризуються додатковими особливостями. З одного боку прагнення людей до здоров'я забезпечує постійний попит на цей вид послуг, з іншого – специфіка медичних послуг породжує негативний попит (щеплення, хірургічні процедури, стоматологічні маніпуляції тощо). Реалізація маркетингових принципів керування медичною організацією дозволяє отримати необхідну інформацію про медичні послуги, які хочуть отримувати пацієнти; встановити, скільки вони можуть заплатити за них; визначити сегмент найбільш вигідного попиту на конкретні послуги та оптимізувати структуру медичної спеціалізації; домогтися більш високих обсягів і якості пропонованих послуг і отримувати вищі доходи на відміну від конкурентів; прогнозувати ситуацію на ринку медичних послуг. Ринок медичних послуг дуже далекий до ринку досконалої конкуренції, більше того, в економічній теорії він класифікується як ринок монополістичної конкуренції, навіть монополії. Ці обставини свідчать про гостроту проблем на ринку і ставлять на порядок денний зобов'язання перед структурами державного управління щодо регулювання і дерегулювання правил ведення бізнесу на цьому ринку.

Висновки: отже, для успішної діяльності в ринковому середовищі, гнучкого реагування на зміни і прийняття ефективних управлінських рішень в медичних закладах, які орієнтовані на ринкову економіку, повинні впроваджуватися принципи маркетингу, спрямовані на визначення потреб цільових ринків і забезпечення задоволення потреб більш ефективними і продуктивними способами в умовах конкуренції.

О. В. Овдієнко

ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: НАЦІОНАЛЬНІ РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р. Г. Жарлінська (к.ек.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: низький рівень фінансування сфери охорони здоров'я поєднується з її неефективністю, яка проявляється у неякісному технічному обладнанні, тривалому часі очікування на отримання послуг, незадовільним рівнем доступності послуг та забезпеченням хворих медикаментами. Медичне страхування є однією з перспектив, яка покращує розвиток медицини в країні, а головним чином підвищує рівень якості здоров'я населення.

Мета: гарантованість громадянам отримання медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок коштів страхових фондів та фінансування профілактичних заходів.

Матеріали та методи: реформування системи охорони здоров'я має охопити питання надання послуг, формування ресурсів, фінансування та управління галузі охорони здоров'я. Діюча система медичного забезпечення в Україні перебуває у складному організаційно-структурному та фінансовому стані, що характеризується низькою часткою видатків на охорону здоров'я, нерівномірним розподілом ресурсів у системі, низьким рівнем розвитку надання первинної медичної допомоги, відсутністю ефективної інфраструктури та системи управління. За визначенням ВООЗ, у системі охорони здоров'я існують три проблеми: загальне охоплення населення медичними послугами; неможливість одночасно забезпечити необхідними медичними послугами все населення; неможливість вирівняти якісну та фінансову сторони медичної послуги для всіх верств населення. Низький рівень фінансування сфери охорони здоров'я поєднується з його неефективністю, що спричинене низькою чинників, серед яких: недосконалість механізмів збору, розподілу ресурсів та оплати постачальників послуг; використання ресурсних показників при розподілі фінансів, неврахування потреб населення в медичній допомозі; кошторисне фінансування галузі; низький рівень оплати роботи медичних працівників; відсутність стимулів до підвищення якості та ефективності послуг.

Результати: впровадження загальнообов'язкового медичного страхування сприятиме збільшенню фінансових надходжень у галузь охорони здоров'я в межах існуючого законодавчого поля, оптимізації їх використання, забезпеченню гарантування якісної медичної допомоги кожному громадянину, а також подальшому розвитку добровільного медичного страхування. Основними джерелами фінансування медичної допомоги мають бути: державний та місцевий бюджети, обов'язкові страхові внески в рамках страхової програми, та засоби добровільного медичного страхування, які забезпечуватимуть надання медичних послуг підвищеної якості.

Висновки: система заходів, спрямованих на запровадження і розвиток страхової медицини в Україні, дасть змогу створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної й високоякісної медичної допомоги; суттєво зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети; уникнути необґрунтованих витрат, викликаних наданням зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку; покращити матеріальну мотивацію працівників медичних установ.

В.В.Оголенко

ДО ПИТАННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А.Марчук (ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця,Україна

Актуальність: покращення підготовки лікарів, професіоналізм медичного персоналу, маркетинг в охороні здоров'я, якість медичної допомоги.

Мета: звернути увагу на поступовий розвиток системи охорони здоров'я України, який може вивести організації на рівень з європейськими.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури

Результати: сьогодні система медичної освіти різних країн зорієнтована на кінцевий результат – підготовку лікарів, які володіють різнобічними навичками й мають широкий світогляд, можуть самостійно приймати професійні рішення на підставі оволодіння визначеним колом функцій і завдань, у тому числі й формування економічної свідомості та мислення. Всесвітня організація охорони здоров'я запровадила визначення сучасного висококваліфікованого лікаря як особи, що надає допомогу, приймає рішення, спілкується, керує та враховує інтереси й потреби суспільства [Towards the Assessment of Quality in Medical Education]. Сучасна професійна підготовка магістрів медицини у навчальних закладах III-IV рівня акредитації не задовільняє належною мірою інтереси й потреби суспільства. Це пов'язано переважно з тим, що держава не відділяє кошти на сучасне медичне обладнання, яке дає змогу вчасно виявляти, діагностувати та лікувати хворих: володіти відповідними діагностичними алгоритмами, приймати адекватні терапевтичні рішення, розпізнавати екстрені стани і надавати невідкладну допомогу, проводити диференційну діагностику найбільш поширених захворювань і

складати протокол лікування, використовувати нові інформаційні технології з метою діагностики і лікування хворих. У процесі підготовки студентів важливо розвивати не тільки професійні здібності та вміння постійно вчитися і працювати самостійно, використовувати міждисциплінарний підхід при вирішенні різнобічних проблем, використовувати навички системного та порівняльного аналізу, необхідному для виконання своїх професійних і громадянських обов'язків, але й формувати економічну свідомість, економічне мислення, уміння і навички економічної діяльності, економічно значущі якості особистості. У наш час технологічного прогресу та розроблення інноваційних технологій лікар повинен докладати необхідних зусиль до професійного самовдосконалення; розвивати економічне мислення, вміти прогнозувати наслідки своїх рішень, економічно обґрунтовувати ставлення до праці та її результатів; усвідомлювати себе платником податків; прагнути нарощувати трудові доходи, бути готовим брати участь у різноманітних формах економічної діяльності.

Висновок: отже, студент медичного вищого навчального закладу повинен розуміти суспільну значущість і складність професійних обов'язків лікаря, що вимагають від нього високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань теорії та практики економіки. А держава зобов'язана виділяти кошти на підготовку медичних кадрів та на медицину у цілому: закуповувати сучасні препарати, техніку та все необхідне обладнання для того, щоб вітчизняна медицина дорівнялась до рівня світових стандартів.

В.С. Орленко

НЕОНАЛІСТИКА В УКРАЇНІ – СКЛАДНИЙ ЕЛЕМЕНТ НАЦІОНАЛЬНОЇ КУЛЬТУРИ. ТВОРИ ГРИГОРІЯ САВОВИЧА СКОВОРОДИ ЯК ПРИКЛАД ЛАТИНСЬКОМОВНОЇ СПАДЩИНИ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Швець В.В. (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день є актуальними напрямки і основні досягнення сучасних неолатиністичних досліджень в Україні. З'ясовуються та визначаються завдання і подальші перспективи вітчизняної неолатиністики у дослідженні латинськомовної спадщини як складового елемента національної культури.

Мета: дослідити та визначити перспективи розвитку неоналістики в Україні.

Матеріали та методи: брак ґрунтовних робіт, присвячених особливостям латинської мови XV– XVIII ст. з території України, викликав появу низки нових досліджень, серед яких найпомітнішими є праці В. Миронової. Вагомим внеском у дослідження українськомовної латинської літератури стали дослідження О. Савчук. Сучасні неолатиністичні дослідження здійснюються за такими основними напрямками: видання та переклад текстів, вивчення особливостей латинської мови новолатинських пам'яток, дослідження жанрових різновидів національних літератур, які створювалися латинською мовою, дослідження явища новолатинської літератури на прикладі творчості окремих авторів

Результати дослідження: зволікання з дослідженнями української неолатиністики полягає у тому, що відмова від вивчення мовного коду перешкоджає загальному розумінню культури, оскільки мова має величезне значення у її формуванні. Наслідком поширення латинської мови стає українсько-латинський білінгвізм, існування якого у продуктивному вияві можемо спостерігати з другої половини XV до першої пол. XIX ст. У ході здійсненого нами граматико-синтаксичного аналізу текстів Г. Сковороди практично не виявлено відхилень від класичного зразка. Використання латинської мови для Г. Сковороди не обмежувалося професійною діяльністю та певним лексико-семантичним полем: він виражає латинською власні думки і почування, перекладає життєві реалії – у листуванні з М. Ковалинським і говібірмови цілком добровільний. Мислитель усе життя удосконалював свою латину, не лише читаючи твори античних авторів, а й опосередковано – через оволодіння іншими мовами.

Висновки: позбавлені ідеологічного забарвлення наукові дослідження пам'яток староукраїнської граматичної думки кінця XVI—XVII ст. неминуче приводять до висновку, що в лінгвістичній свідомості авторів взаємодіяли елементи різних мовних систем, що відбивало і специфіку мовної свідомості освічених людей того часу.

Д.В. Павлюк

СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ГЕМАТОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови

І.О. Котик (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: латинська і грецька мови відіграють надзвичайно важливу роль у походженні термінів в медицині. Швидкий розвиток медицини потребує від сучасного лікаря знання семантики і етимології медичних термінів, кількість яких з кожним роком збільшується.

Мета: розглянути словотвірні та структурні особливості клінічних термінів, які застосовуються у гематології, і простежити механізм їх виникнення, виявити системні зв'язки слів-термінів.

Матеріали: терміни номенклатури нозологічних одиниць клінічної терміносистеми.

Методи: описовий та метод спостереження.

Результати: проаналізувавши близько сотні слів, пов'язаних з назвами методів діагностики та лікування, захворювань крові, що застосовуються у гематології, клінічні терміни були поділені на етимологічні групи: терміни, що складаються суто з грецьких коренів; терміни, що складаються з грецьких та латинських коренів і терміни, що складаються суто з латинських коренів. Наприклад, гематемезис (грец. haem αίμα кров + грец. emesis ἐμετός блювота) – кровава блювота, симптом шлункової або кишкової кровотечі; п'явка (sanguisuga – лат. sanguis кров + лат. sugare сосати) – медична п'явка відома в медицині, завдяки антикоагулятивним властивостям її слини; гемоглобін (грец. haem αίμα кров + лат. globus шар) – білок, що переносить кисень, пігмент крові; hemosiderosis (грец. haem αίμα кров + грец. sideros σίδηρο залізо) відкладання гемосидеріна (залізовмісний продукт розпаду гемоглобіну) в тканинах і органах тіла людини; haemostyptica (грец. haem αίμα кров + грец. styptikos στυπτικός в'язкий) – кровоспинні (гемостатичні) засоби.

Висновки: в структурі клінічних гематологічних термінів переважають латинські та грецькі корені, знання яких є необхідним для майбутнього лікаря.

В.І. Пасайлюк

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ МАРКЕТИНГУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Кафедра філософії та суспільних наук

І. А. Марчук (ст. викл.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: формування практичних навичок та вмій, у тому числі опанування методиками проведення маркетингових досліджень в умовах конкурентного середовища; набуття навичок маркетингових досліджень та впровадження їх результатів; складання бізнес-проектів для створення і регулювання попиту та пропонування у сфері надання медичних послуг та реалізації фармзасобів є важливим аспектом підготовки майбутніх магістрів медицини.

Мета: обґрунтування важливості формування практичних навичок та вмій з планування, впровадження, аналізу та контролю за маркетинговою діяльністю в медичних та фармацевтичних структурах для майбутніх магістрів медицини.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури, зіставлення.

Результати: на сьогоднішній день стан підготовки студентів вищих навчальних медичних закладів спрямований на загальне ознайомлення з основами економіки без поглибленого вивчення важливих тем, які потрібні для реалізації майбутнього лікаря, як підприємця. Однією з проблем медичних вишів є некваліфікована підготовка лікарів до маркетингової діяльності. Маркетинг стосовно сфери охорони здоров'я можна визначити як комплексний процес планування, економічного обґрунтування та керування виробництвом медичних та фармацевтичних послуг і продуктів, цінової політики в галузі лікувально-профілактичного процесу, просування послуг і продуктів до споживачів, а також керування їх реалізацією. У маркетингу групуються в єдиний технологічний процес практично всі елементи медичної та фармацевтичної діяльності. Результатом цього процесу є надання споживачам благ, які задовольняють їхні потреби в медичній та фармацевтичній допомозі. У зв'язку з реформуванням механізму функціонування медичної галузі, відносини між пацієнтами та системою охорони здоров'я поступово переходять на цивілізовану ринкову основу. Більшість методичних рекомендацій, розроблених українськими науковцями для вивчення курсу «Основи економічних теорій» у медичних закладах, не мають конкретного змісту, зорієнтованого на: виробниче та ринкове мислення; методи маркетингу; маркетинг і сфери медичних послуг; реклам препаратів та виробів медичного призначення (для фармацевтичної діяльності); фактори зовнішнього середовища та оцінки їх впливу на маркетингову діяльність медичного (фармацевтичного) закладу; принципи та функції маркетингу; маркетинговий інструментарій в сфері медичних послуг; управлінську функцію маркетингу в сфері медичних послуг; збутову функцію маркетингу в сфері медичних (фармацевтичних) послуг; дослідницькі функції маркетингу в сфері медичних послуг; ціноутворення на медичні послуги, фармацевтичні препарати та засоби медичного призначення; стратегічні функції маркетингу у наданні медичних послуг та при реалізації фармпрепаратів та засобів медичного призначення; конкуренцію та конкурентоспроможність в медицині та фармації (О.В.Баєв).

Висновки: отже, в умовах ринкової конкуренції проблема підготовки майбутніх магістрів медицини до реалізації маркетингу в професійній діяльності набуває особливої актуальності.

М. А. Петренко
МИСТЕЦТВО СЛОВА

Кафедра українознавства
М. І. Лісовий (к. пед. н., доц.)

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

Актуальність: мистецтво слова – це унікальне явище, яке здатне долати час і простір, переносити нас в інші виміри або повертати в реальність. Однак далеко не кожна людина уявляє, яку силу і красу має слово і як воно може змінювати навколишній світ.

Мета: розглянути феномен і магічну силу слова. Слово – велика таємниця. Його магічна сила полягає в здатності викликати яскраві образи, переносити читача (слухача) в інший світ. Завдяки слову перед нами з'являються предмети, люди, події – далекі або такі, які зовсім не існують. Письменники прагнуть виразити в слові явище життя, і більше того, – виразити самого себе. Вони розкривають перед нами свій світ, а також виражають почуття, думки, прагнення всіх тих, хто не вміє так яскраво висловитися сам. Слово веде за собою народи, лідерів, саму історію, воно повертає до життя образи минулого, наповнюючи нашу пам'ять іменами людей, які вже давно забулися. Воно є вираженням якогось образу, усього того, що не було помічено або усвідомлено дотепер. Слово наповнює дійсність новими яскравими фарбами, повнотою й багатством життя, воно насичує й розширює коло наших думок. Художньому образу не страшні ні час, ні поетична мода. Мистецтво – це творче осмислення навколишнього світу талановитою людиною. Плоди цього осмислення належать не тільки його творцям, а всьому людству, що живе на планеті Земля. Мистецтвом називають відтворення життя в художніх образах. Воно завжди було і є одним із найважливіших чинників духовного життя людства, адже стимулює творчу діяльність, збагачує життя людини емоційними переживаннями та роздумами. Саме про це писав Уільям Вордсворт:

Мистецтво, ти даруєш благодать.

І стримане, просте, хоч повне змісту,

Ти вмійєш вирвать мить із плину часу

І в ній божисту вічність передать.

Слово належить до часового виду мистецтва, оскільки воно відтворює життя в русі, в його розвитку, що відбувається протягом певного часу.

Література — це мистецтво самовираження за допомогою слова. Значення художньої культури в сучасному світі неухильно зростає, оскільки протистояти явищам бездуховності, зневаги до мистецьких надбань людства можна лише шляхом удосконалення творчих здібностей суспільства.

Творчий процес охоплює усі віки й народи, він постійно змінюється, удосконалюється, але завжди залишається високим мистецтвом під пером теперішнього майстра. Замолоду, коли найбільш повні почуття й зачарування світом, народжуються великі зразки поезії. Проза ж не задовольняється лише захватами й метафорами. Вона вимагає зрілого проникнення в глиб життєвих явищ, значного запасу знань.

Висновок: отже, слово – це велика сила; увічнене у творах великих письменників і поетів, воно знаходить могутню владу над думками й мріями людей. І межі цієї влади не можна виміряти. Слово панує над часом і простором, над країнами й континентами – над усім світом.

К. І. Пікульська

NEUROLOGY INVESTIGATION OF HUMOR

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О. П. Горпинюк (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Background: for many people humor is a constant companion in everyday life. Why people like humor? Can humor bring any harm? Basically, for all people, humor is and brings positive emotions.

Purpose: to review the medical literature, investigate and analyze the brain images when a person creates a joke.

Materials and methods: researchers from the University of Southern California (USC) in Los Angeles recently undertook a rather ambitious project: they set out to spy on the neural correlates of creating a joke. Creativity is an unclear area of research; it is nebulous and ethereal by its very nature. However, regardless of these difficulties (and perhaps because of them), many researchers have set their sights on undisclosed the processes that underlay creating a joke. Humor has the clear process of beginning, middle and end stage, and it also takes place over a relatively short space of time which is convenient for brain imaging. Additionally, the end product is easy to assess. The study enrolled professional and amateur comedians as well as a control group of non-comedians. Each participant saw a cartoon from the New Yorker without any text and were asked to come up with their own accompanying captions. They wrote two versions of text - one simple and the other funny. As this task was completed, their brains were scanned using functional magnetic resonance imaging (fMRI). Afterward, a panel was assessed for each caption for its humor level.

Results: once the data from the fMRI scans had been analyzed, two sections of the brain were shown to be particularly involved during the creation of humorous comments:

medial prefrontal cortex - an area at the front of the brain thought to be involved in learning associations between locations and events, and the appropriate emotional responses. It helps us to respond correctly in social interactions;
temporal association regions - part of the temporal lobe thought to be involved in the recognition and identification of complex stimuli.

Interestingly, the activation in these particular regions was different depending on the level of comedic expertise. The temporal lobe receives sensory stimuli and plays a pivotal role in understanding speech and imagery. It also appears to be the region where semantic and abstract information converges with remote associations. Conversely, we observed that non-comedians and amateur comedians had showed less activity in the temporal lobe and more activity in the prefrontal cortex, an area that deals with executive functions such as complex planning and decision-making.

Conclusion: the importance of the medial prefrontal cortex is that it provides cognitive control over the creative process. The brain creates tasks differently depending on study and control groups. This study compared with previous observations of neural connections. It was found that creating jokes involved the same brain regions as those in receiving a new information.

О.А.Постернак, В.О.Тищенко

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (к.ек.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: відповідно до ст. 3 Конституції України (КУ) людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю. Ст. 49 КУ проголошує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Разом з тим, згідно з останніми соціологічними опитуваннями, більшість населення України не задоволена доступністю та якістю медичної допомоги. Відповідно до ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я (Основ) одним із професійних обов'язків медичних працівників є надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги. Недотримання норм даної статті окремими працівниками призводить до негативного ставлення до сучасної медицини громадян України.

Мета: вивчити проблеми притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності за вчинення злочинів проти життя і здоров'я особи та прогалини у вітчизняному кримінальному законодавстві, порівняно з Європейським, з метою їх усунення.

Матеріали та методи: для проведення дослідження було використано бібліографічний, діалектичний та порівняльний методи та опрацьовано понад 20 наукових публікацій фахівців з даної проблеми.

Результати: за підрахунками експертів ВООЗ через лікарську недбалість в Україні щодня помирає 6–7 хворих і ще втричі більше людей стають інвалідами. У середньому кожного року органи внутрішніх справ реєструють від 90 до 100 злочинів проти життя та здоров'я пацієнтів. При цьому протягом 2010-2015 років постанови судів набрали законної сили відносно лише 147 медичних працівників. Встановлено, що особи, винні в порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством (ст. 80 Основ). В Україні передбачено відповідальність за невиконання лікарем своїх професійних обов'язків, проведення незаконного абортів, ненадання медичним працівником допомоги хворому, розголошення медичної таємниці, незаконну трансплантацію. Водночас у Кримінальному кодексі України, на відміну від кримінальних законів окремих зарубіжних країн, відсутня відповідальність за генетичні маніпуляції, вчинення злочинів у сфері репродуктивних технологій, незаконні дії з людським ембріоном, незаконне проведення штучного запліднення особою медичного персоналу проти волі жінки та з порушенням встановленого законом порядку проведення таких дій. Тому вважаємо за необхідне розпочати роботу законотворчим органом щодо внесення відповідних норм до вітчизняного кримінального законодавства, що дасть можливість згармоніювати українські закони з європейськими.

Висновки: за результатами дослідження можна зробити висновки, що проблема злочинів проти життя та здоров'я пацієнтів потребує комплексного вирішення, оскільки багато з них залишаються без покарання. Дослідження документів закордонної практики показало недосконалість української правової системи і дозволяє поставити питання щодо запозичення зарубіжного досвіду для її покращення.

Д.П. Радзивилюк, М.Ю. Паламарчук
ПОСМЕРТНЕ ДОНОРСТВО ОРГАНІВ: ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ЗАКОНОДАВЧОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
А.П. Гель (к.юр.н.,доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: трансплантація органів – це диво двадцять першого століття, порятунком і надією людства. Питання надання згоди на вилучення анатомічного матеріалу, тобто посмертне донорство – одне з найскладніших у трансплантології, насамперед, тому, що пов'язане з проявом вибору особи та повагою суспільства до такого волевиявлення людини після її смерті.

Мета: розгляд сутності «презумпції згоди» та обґрунтування необхідності її запровадження у вітчизняне законодавство для врегулювання питань донорства органів від померлої особи.

Матеріали і методи: аналіз Закону України «Про трансплантацію органів і інших анатомічних матеріалів людини», інших законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють сферу трансплантації в Україні.

Результати: враховуючи постійний дефіцит донорських органів, а також той факт, що близько 90% пересадок здійснюється з використанням трупних трансплантатів, стає очевидним, що як медичним працівникам, так і юристам необхідно чітко уявляти правові основи вилучення органів і тканин із тіла померлої людини. «Система згоди» діє у переважній більшості країн, зокрема в Польщі, Італії, Іспанії, Франції, а «Система відсутності згоди» – у Австрії, Бельгії, Данії, Росії, Великій Британії і США, однак у цих країнах суспільна думка заохочує писати дозволи для використання своїх органів після смерті. У Британії, наприклад, надати таку згоду можна під час оформлення водійських прав. У Бельгії трансплантологи навіть пропонували постачати органи в інші країни в рамках «Євротрансплантант». Нині в Україні формально діє «презумпція незгоди» або так звана «інформована згода». Така юридична модель передбачає, що вилучити орган можна лише, якщо людина погодилася за життя, або найближчі родичі дали таку згоду після її смерті. Звертаючи увагу на недоліки такої концепції, слід зазначити, що Закон України «Про трансплантацію органів і інших анатомічних матеріалів», який повинен визначити умови і порядок застосування трансплантації як спеціального методу лікування, не тільки не визначає порядку подання необхідної заяви, а й навіть не вказує, куди така заява має подаватися. Інша модель отримання згоди полягає у тому, що органи для пересадки можуть вилучатися з тіла померлого, якщо він за життя не висловив заперечення щодо цього.

Висновки: на сьогодні законодавство України не встановлює чіткого та ефективного механізму для забезпечення реалізації згоди на трансплантацію органів від потенційного донора на випадок його смерті. Вважаємо, що в сучасних умовах лише законодавче закріплення «презумпції згоди» спроможне дати потужний поштовх розвитку трансплантології в Україні та зберегти життя і здоров'я багатьом громадянам нашої країни.

Н.П. Саулко
ДО ПИТАННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ

Кафедра філософії та суспільних наук
І.А.Марчук (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: питання поліпшення якості освіти є провідним завданням державної політики, національним пріоритетом і передумовою національної безпеки держави, а тому постійно знаходиться у центрі уваги науковців ХХІ ст.

Мета: розкриття сутності й аналізі категорії «якість» у контексті професійної підготовки майбутніх магістрів медицини.

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури, порівняння.

Результати: результат професійного навчання залежить не лише від обсягу переданої інформації, а й від самого технологічного процесу її передачі та з урахуванням впровадження у навчальний процес принципу застосування маркетингу як концепції керування якістю професійної підготовки майбутніх фахівців медицини. Розуміння категорії «якість» за умови професійної підготовки майбутніх магістрів медицини має два аспекти. Перший (нормативний) визначається чинними нормативними документами, навчальними й робочими програмами, – це сукупність властивостей і характеристик освітніх послуг, котрі зумовлюють їх здатність задовольняти мінімальні потреби споживачів у здобутті освіти. Цей аспект якості характерний для ідеології монополізованої державної освіти. Другий (ринковий) аспект слід розуміти як порівняльну якість, яка є мірилом конкурентоспроможності фахівця на ринку праці. Ця характеристика визначається співвідношенням попиту та пропонування на ринку праці, рівнем підготовки у конкретному ВНЗ, індивідуальними здібностями майбутнього фахівця медицини. Розуміння категорії «якість» із точки зору нормативного підходу дозволяє

говорити про якість освітньої послуги. Ринковий підхід дозволяє її розуміти як «якість фахівця» та говорити про можливість її реалізації під час професійної підготовки майбутніх фахівців медицини. Це трактування перекликається з результатами досліджень П. Канівця, який розглядає якість фахівця як об'єктивну сукупність властивостей і характеристик, що визначають його як фахівця певної професії. Аналіз інших літературних джерел дозволяє під якістю фахівця розуміти сукупність властивостей, які дозволяють йому кваліфіковано виконувати професійну роботу відповідно до спеціальності, а за необхідності своєчасно змінювати професію.

Висновки: отже, аналіз наукових джерел, присвячених проблемі якості професійної підготовки, дозволяє зробити такі висновки: 1) професійна освіта в ринкових умовах має характер послуги; 2) з урахуванням вимог міжнародних стандартів під освітніми послугами слід розуміти результати безпосередньої взаємодії постачальника і споживача, а також внутрішньої діяльності ВНЗ щодо задоволення існуючих і прогнозованих потреб споживача цих послуг; 3) для сучасного суспільства характерний ринковий аспект розуміння якості освітніх послуг. Він полягає у сукупності їх характеристик, які визначають відповідність процесу професійної підготовки прийнятним суспільним вимогам, соціальним нормам і державним освітнім стандартам.

І.А.Святка

ЕКОНОМІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А.Марчук (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: інтеграція України до Євросоюзу, швидкі зміни інформаційних технологій посилюють актуальність питання підготовки висококваліфікованих, конкурентоспроможних лікарів, яким має бути притаманна економічна компетентність.

Мета: формування у студентів вищих медичних закладів освіти компетентності в оцінюванні і вирішенні економічних ситуацій та виробленні економічних стратегій.

Матеріали та методи: аналіз джерел наукової літератури.

Результати: сучасний стан економічної підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів викликає невдоволення роботодавців. Серед причин, зокрема, є низький рівень адаптованості змісту і технологій професійної підготовки майбутніх лікарів до змін, що відбуваються на ринку праці у сфері обслуговування. Аналіз літератури з досліджуваної проблеми свідчить, що професійно-термінологічна компетентність з економіки майбутніх лікарів не була ще предметом спеціального дослідження, не мала всебічного наукового висвітлення, а розглядалася переважно фрагментарно. До системоутворюючих складових економічної компетентності належать сукупність економічних знань, економічна свідомість та економічне мислення. Поняття «економічні знання», за визначенням А.І. Завгородньої, – це науково вивірена інформація щодо сутності та особливостей економічних явищ та процесів, ефективно засвоєна студентами, і така, що адекватно пояснює економічні відносини у навколишньому світі. Економічне мислення – це процес, під час якого людина через свідомі та несвідомі ментальні процеси, що ґрунтуються на основі раніше здобутих науково обґрунтованих та ефективно сформованих знань, оцінює ту ситуацію або ті питання, які стоять перед нею, з економічної точки зору, на предмет економічної доцільності (за А.І. Завгородньої). Економічна освіта – це ті знання, вміння та навички, що формуються в студентів-медиків цілеспрямовано та систематизовано через вивчення дисципліни «Економіка» (за А.І.Завгородньої). Більшість методичних розробок з підготовки фахівців вищих медичних навчальних закладів, виконаних вітчизняними науковцями, не мають практичного змісту, зорієнтованого на: вміння прогнозувати наслідки своїх рішень, економічно обґрунтовувати ставлення до праці та її результатів; усвідомлення свого статусу платника податку, його прав і обов'язків; прагнення до нарощування трудових доходів, до поліпшення якості життя; готовність брати участь у різноманітних формах економічної діяльності; моральний вибір у ситуаціях, пов'язаних з професійною діяльністю; вміння долати економічні труднощі у кризовій ситуації; здатність ефективно використовувати механізм соціально-економічного захисту своїх та суспільних інтересів та ін. (С. Шпак), що спричиняє фактичну ізоляцію наукових медичних установ від підприємництва, а отже, унеможливує розвиток інноваційного освітнього процесу за рахунок ринкових важелів, оскільки економічна діяльність опинилася значною мірою поза межами ринку.

Висновки: отже, рівень компетентності студентів українських медичних вишів нижчий, ніж у студентів європейських ВНЗ. Цей недолік можна подолати, використовуючи досвід економічно більш розвинених країн, та за рахунок збільшення годин викладання цієї дисципліни, яка буде включати в себе як теорію, так і практику та реально поєднуватиме економічні знання, вироблятиме економічну свідомість та економічне мислення, тобто формуватиме економічну компетентність майбутніх лікарів.

Д. В. Святушенко
РОЛЬ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І МЕНЕДЖМЕНТУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ

Кафедра філософії та суспільних наук

І. А. Марчук (ст. викл.)

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

Актуальність: інтеграція інформаційних технологій у сферу медичного обслуговування, що є одним із логічних напрямів удосконалення якості надання медичної допомоги хворим.

Мета: поєднання інформаційних і комунікаційних технологій, менеджменту і зусиль професіоналів медичної галузі, що дозволить досягнути максимальних результатів лікування.

Матеріали та методи: методологічну основу склали документи з реформування національної охорони здоров'я, праці провідних вітчизняних та зарубіжних учених, сучасні концепції управління організаціями. Використано системний підхід, методи структурно-функціонального аналізу.

Результати: створення централізованого загальнодержавного реєстру з контролю за наданням медичної допомоги. Електронний документообіг – це закономірне поліпшення логістики, якості та швидкості надання лікувальних послуг хворим. Робота з пацієнтом вимагає від лікаря високої концентрації уваги та швидкого аналізу інформації для прийняття рішень, таких як установлення діагнозу, план обстеження, лікування. Своєчасний і швидкий доступ лікаря до архівів клінічних даних пацієнта, скорочує витрати часу на пошук інформації і дозволяє приділити більше уваги хворому. Медичні технології - сукупність послідовно здійснених стандартизованих процесів, логічно завершуючих певне медичне втручання, регламентованих директивними документами. Процесний підхід в управлінні медичною організацією та стандартизований контроль є основами інноваційного менеджменту, який забезпечує участь усього персоналу в безперервному удосконаленні виробничих процесів.

Висновки: отже, застосування симбіозу інформаційних технологій із добре відомими методами ведення хворих показує кращий результат. Необхідно розробити концептуальні підходи до підвищення якості медичної допомоги шляхом формування інноваційної структурно-процесної системи управління медичними організаціями, де в якості основних технологій пропонується використання інформаційних технологій та процесів менеджменту.

Г.О. Сокол

THE INFLUENCE OF PREBIOTICS ON SLEEP QUALITY IN STRESSFUL SITUATIONS

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О. П. Горпинюк (ст. викл.)

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

Background: when going through stressful times, it can be hard to get a good night's sleep. Lack of sleep during stress impairs attention, memory and affects metabolism and the functioning of different systems of our organism.

Purpose: to review the literature, investigate and analyze the impact of prebiotics on the sleep quality during stressful situations.

Materials and methods: research exposed male rats, which were put on one of two diets for 4 weeks: a diet supplemented with prebiotics or a standard chow diet (the control diet). Having analyzed fecal samples from the rodents after 4 weeks, the team found that rats that were fed with the prebiotic diet showed an increase in beneficial gut bacteria - including *Lactobacillus rhamnosus*. This bacteria improves immune system function compared with rats fed with the control diet. Using electroencephalography to measure the rats' sleep-wake cycles, the researchers found that rats fed with the prebiotic diet also had more non-rapid eye movement (NREM) sleep (the restorative sleep stage) compared with rodents fed with the control diet. It was determined that sufficient NREM sleep and proper nutrition can impact brain development and function, diet rich in prebiotics can help to improve sleep, support the gut microbiota and promote optimal brain/psychological health.

Results: researchers of the Department of Integrative Physiology at the University of Colorado Boulder have shown that when both groups of rats were exposed to acute stress (induced by tail shocks), the researchers found that the prebiotic diet group had more rapid eye movement (REM) sleep than the control diet group. The team notes that REM is the sleep stage associated with better recovery from stress. Additionally, the researchers found that the rats fed with the prebiotic diet were less likely to experience abnormalities in body temperature that can arise as a result of stress-induced alterations to gut bacteria.

Conclusion: the diet rich in prebiotics can modulate the sleep-wake cycle both before and after stress and induce stress-protective effects in diurnal physiology and the gut microbiota.

О.О. Степанишена, В.Р. Тагеев
РОЛЬ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В МЕДИЦИНІ
Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології
Н.В. Логутіна (к. пед. н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: латинська мова – це основа усіх мов європейської культури, освіти і науки від античності до сьогодення. Але, все ж таки, вона є вагомою при вивченні медицини.

Мета: дослідити вплив та роль латинських термінів, що використовуються в медичній термінології.

Матеріали: наукова література, праці вчених, літописи.

Методи: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

Результати: латинська мова — мова італійської групи індоєвропейської сім'ї мов, яка розвивалась на основі мови стародавнього племені латинів, що населяли область Лації у середній частині Італії з центром у Римі. Фармацевтична термінологія, як і термінологія інших наук, широко використовує латинські слова та словотвірні елементи. Ще з давніх часів латинська мова посідала перше місце в навчальній програмі Києво-Могилянського колегіуму. Вихованців зазначеного закладу зобов'язували говорити латинською мовою «... і в класах, і в житлових кімнатах, і на самих вулицях, – словом – скрізь, де тільки могли зійтись один з одним». Грецький лікар Гіппократ присвятив багато своїх робіт вивченню лікарських засобів. В імператорському Римі жили і працювали грецькі філософи, учені та лікарі. Одним з них був Клавдій Гален (II ст. н.е.). Саме він запропонував з рослинної і тваринної сировини видобувати корисні речовини, застосовуючи методи подрібнення ("галенові препарати"). У величезній за обсягом (37 книг) енциклопедичній праці римського письменника і вченого Плінія Старшого (I ст. н.е.) "Природнича історія" значну увагу приділено лікарським засобам рослинного і тваринного походження.

Приклади використання латинських термінів в медицині.

Назви органів: *venter, abdomen*-череву, живіт; *pulmo*-легеня; *ventriculus*-шлунок; *ren*-нирка та інші.

Назви захворювань: *gastroenterologia*-гастроентерологія, вивчає органи шлунково-кишкового тракту, методи їх діагностики і лікування; *pneumonia*-пневмонія, запальний процес в тканинах легень; *nephritis*-нефрит, запалення нирки та інші.

Вислови на латині щодо медицини:

Est medicina triplex: servare, cavere, mederi – у медицині три задачі: оберігати, попереджати, лікувати.

Primum non nocere – насамперед не шкодити. Кожен лікар повинен передбачити ризик ускладнення під час лікування.

Contra spem spero – без надії сподіваюся. Основний девіз лікаря-професіонала, зобов'язаного надати допомогу в ситуації, що здається безнадійною.

Висновки: для отримання повного комплексу знань в галузі охорони здоров'я необхідно володіти основами латині. Вивчення латинської мови має велике значення в підготовці медичного спеціаліста. Медикам з давніх часів відоме таке латинське прислів'я: *In via est in medicina via sine lingua Latina* – Непрохідний шлях у медицині без латинської мови. Справедливе це твердження і в наш час.

В.Р. Тагеев
КАЛЬКА ТА ЯВИЩЕ КАЛЬКУВАННЯ У СУЧАСНІЙ УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ
Кафедра українознавства
Я.С. Білик (к.філ.н., доц.)

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

Актуальність: явище калькування попри наявні дослідження залишається ще недостатньо вивченим. Воно розглядається переважно як «точний» переклад складових елементів слова поруч із запозиченням, а також як один зі шляхів поповнення словника української мови новою лексикою.

Мета: дослідити й виявити причини появи кальок в українській мові.

Матеріали: для дослідження послужили тлумачні та енциклопедичні словники останнього сторіччя, наукові праці, а також жива мова українців.

Методи: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

Результати: калькою (фр. *calque* – копія) у сучасному українському мовознавстві називається слово або вираз, створені питомими мовними засобами за зразком слів і виразів іншої мови. Калькування – творення нових слів і складових шляхом копіювання лексико-семантичних та синтаксичних моделей іншої мови. Напр., складноскорочене слово «лікнеп» (ліквідація неписьменності) утворене відповідно до російського вислову «ликбез» (ліквідація безграмотності). Кальки в українській мові формувалися під впливом багатьох мов: давньогрецької (милозвучний, православний), латинської (милосердя, землеробство), німецької (залізниця, півострів), французької (міжнародний), англійської (хмарочос), польської (вірогідний) та ін. Залежно від того, які засоби використовують для вираження значення похідного слова, розрізняють дві основні групи способів

словотворення кальок: афіксальні і безафіксні, а також від того скільки твірних основ бере участь у словотворенні – прості слова і складні (абрєвіатури). Більшість простих слів утворена шляхом афіксації:

а) префіксації (надподаток – сверхналог, співзаявник – созаявитель);

б) суфіксації (споживач – потребитель, дізнавач – дознаватель);

в) комбінованої афіксації (прошарок – прослойка, підсклянок – подстаканник).

При калькуванні враховується не тільки значення суфіксів, а й їх стилістичний потенціал, яким визначається сфера функціонування відповідних похідних. Історично склалося, що суфікс -тель в українській мові в основному зберігає книжний характер і не має такої продуктивності, як у російській мові. Слова такого типу в українській мові мають виразне стилістичне забарвлення, що відносить їх до книжної сфери вживання (визволитель, вихователь, засідатель, правитель тощо). При калькуванні лексем даного словотвірного типу відношення еквівалентності встановлюються з допомогою суфіксів -ч, -ач або -ник: споживач – потребитель, випробувач – испытатель, винищувач – истребитель, відбивач – отражатель; обмежник – ограничитель, запобіжник / застережник – предохранитель тощо.

Висновки: отже, створення лексичних кальок здійснюється переважно за продуктивними в той чи інший період моделями і сприяє активізації потенційних можливостей рідної мови. У процесі калькування можлива поява невдалих, ненормативних кальок типу міроприємство, співпадати, багаточисленний тощо, які заслуговують на окреме докладне вивчення.

О.В. Телегузова

ВПРОВАДЖЕННЯ КЛІНІЧНОГО АУДИТУ: РОЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ ТА СУДОВИХ МЕДИКІВ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилюк (проф., д.м.н.),

Р.Г. Жарлінська (доц., к.екон.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: удосконалення сучасних медико-технічних засобів і можливостей, розвиток медичної науки сприяють поліпшенню якості клінічної діагностики та медичної допомоги. Проте багатоманітність проявів різних захворювань, схожість їх симптоматики, недостатній рівень кваліфікації медичного персоналу та низьке матеріально-технічне і ресурсне забезпечення медичних закладів ускладнюють розпізнавання багатьох нозологічних одиниць, що проявляється в помилкових клінічних діагнозах. Проблема діагностичних помилок – одна з найактуальніших у сучасній медицині, оскільки вони загрожують непередбачуваними наслідками, нерідко з трагічним результатом. Тому в сучасних умовах надзвичайно важливими є питання експертної оцінки випадків захворювань і смерті та управління якістю екстреної, первинної, вторинної і третинної медичної допомоги, а також послідовність технологічних підходів у лікувально-діагностичному процесі.

Мета: науково обґрунтувати доцільність впровадження клінічного аудиту в практику патологоанатома та судово-медичного експерта.

Матеріали та методи: предметом дослідження були теоретичні і методичні аспекти впровадження клінічного аудиту у закладах охорони здоров'я. Інформаційною базою роботи слугували державні нормативні акти, матеріали публікацій вітчизняних і закордонних досліджень з питань клінічного аудиту, матеріали власних досліджень. Для реалізації мети дослідження використано ситуаційний та історичний аналізи, аналіз нормативно-правових документів, метод миттєвих спостережень на рівні окремих суб'єктів медичної практики, абстрактно-логічні узагальнення.

Результати: переведення галузі охорони здоров'я на нові умови господарювання вимагає широкого використання результатів патологоанатомічних досліджень як об'єктивного критерію оцінки кінцевих результатів діяльності закладів охорони здоров'я. Важливу роль у підвищенні якості клінічної діагностики відіграє клініко-анатомічний аналіз, особливо у випадках смерті пацієнта, який пропонуємо здійснювати в межах клінічного аудиту. Його завданнями є: 1) співставлення клінічних та патологоанатомічних діагнозів; 2) виявлення діагностичних помилок зі встановленням причин їх виникнення; 3) оцінка адекватності методів лікування; 4) правильність ведення медичної документації.

Висновки: патологоанатомічні дослідження померлих у стаціонарах і особливо надому в умовах медичного страхування є одним із найважливіших об'єктивних методів оцінки якості лікувальної допомоги. Таким чином, підвищення якості патологоанатомічних досліджень з прижиттєвої і посмертної діагностики та організація ефективного використання цієї інформації – важливе завдання управління медичною допомогою для подальшого підвищення соціальної ролі цієї служби.

S. V. Tsap, O. O. Mazurenko
PRIMARY HYPEROXALURIA TYPE 1

Department of Foreign Languages

M. I. Kostiuk (as.prof.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: primary hyperoxaluria type 1 (PH1) is an inherited disease in which the lack of a particular liver enzyme causes the body to accumulate excess amounts of a substance called oxalate. This oxalate leads to a build up of insoluble calcium salts in the kidneys and other organs. If untreated, it results in life-threatening kidney failure. People with PH1 are prone to recurrent kidney stones that can lead to kidney failure. Among people with PH1, 50% experience kidney failure by the age of 15 and 80% by the age of 30.

Purpose: analysis of modern literature status regarding the oxalate and primary hyperoxaluria type 1 role in human body in pathological cases.

Materials: primary hyperoxaluria is a rare condition characterized by recurrent kidney and bladder stones. The condition often results in end stage renal disease (ESRD), which is a life-threatening condition that prevents the kidneys from filtering fluids and waste products from the body effectively. Primary hyperoxaluria results from the overproduction of a substance called oxalate. Oxalate is filtered through the kidneys and excreted as a waste product from our body, leading to abnormally high level of this substance in urine (hyperoxaluria). During its excretion, oxalate can combine with calcium to form calcium oxalate, a hard compound which is the main component of kidney and bladder stones. Deposits of calcium oxalate can damage the kidneys and other organs and lead to blood in the urine (hematuria), urinary tract infections, kidney damage, ESRD and injury to other organs. Over time, kidney function decreases such that the kidneys can no longer excrete as much oxalate as they receive. As a result oxalate level in the blood rises, and the substance deposits in tissues throughout the body (systemic oxalosis), particularly in bones and the walls of blood vessels. Oxalosis in bones can cause fractures.

Results: studying literature shows that process of monitoring the levels of oxalate in the body is important and relevant for modern medicine, because an increase level of oxalate is the reason to accumulate it in other organ systems of the body particularly bone, skin, retinas, the middle layer of the wall of the heart (myocardium), various blood vessels and the central nervous system. Depending upon which organ system is involved, an affected individual will have additional symptoms.

Conclusions: oxalate is a chemical substance, found in the body. The majority of oxalate represent in the form of the calcium salt. It is removed from the body through the kidneys but an increased level of this substance can result in Primary hyperoxaluria type 1.

Т.І. Трофімчук

МЕДИЧНА ПОСЛУГА: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ТРАКТУВАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (к.екон.н., доц.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: нині сфера охорони здоров'я України перебуває під впливом докорінних трансформаційних змін. Одним із основних напрямків реформування галузі є впровадження загальнообов'язкового медичного страхування, відповідно до якого відносини між пацієнтами та представниками системи охорони здоров'я поступово наблизатимуться до ринкових. За вищезгаданих умов у вжиток входить термін «медична послуга». Однак досі в Україні законодавчо не визначено значення дефініції «медична послуга».

Мета: з'ясувати сутність поняття «медична послуга», провести аналіз наведених різними авторами варіантів тлумачення цього поняття, визначити місце даного поняття у контексті реформи охорони здоров'я щодо впровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Матеріали та методи: у ході дослідження були проаналізовані українські та іноземні законодавчі акти та проекти законів, опрацьовані праці праводослідників з питання «медичної послуги».

Результати: на даний момент в Україні не прийнятий єдиний зведений спеціалізований нормативно-правий акт, тому, враховуючи договірний характер відносин щодо надання медичних послуг, більшість практичних питань вирішується згідно з положеннями Цивільного кодексу України. Але ж медична послуга - це особливий різновид послуг, оскільки вона на пряму пов'язана з охороною найважливішої цінності – здоров'я людини, а тому вимагає й окремого, відмінного від загального визначення. Вперше на правових засадах термін «медична послуга» зустрічається в проекті Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування». Існує ряд ознак, що вирізняє медичну послугу серед інших видів послуг. Перш за все, це її об'єкт, а саме – організм людини. Відносини з надання медичних послуг характеризуються особливим суб'єктним складом, де безпосереднім надавачем послуг виступає лікар – особа, яка має відповідну освіту і працює в закладі охорони здоров'я чи є фізичною особою-підприємцем, і пацієнт – отримувач послуг, тобто виключно фізична особа, яка потребує кваліфікованої медичної допомоги і звернулась по неї до медичного закладу (приватного лікаря). Крім

того, медична послуга має певну вартість. Оскільки медична послуга має вартість, то вона може надаватися тільки суб'єктом господарювання, який має на це дозвіл відповідно до чинного законодавства. Суттєвою особливістю медичної послуги є і те, що вона надається тільки на підставі договору.

Висновки: До сьогодні у нашій державі поняття «медична послуга» не має офіційно закріплених тлумачень в нормативно-правових актах. В літературі існує безліч підходів різних науковців щодо визначення поняття «медичної послуги», але всі вони не є досконалыми. Проаналізувавши різні варіанти визначення «медичної послуги», можна узагальнити, що медичною послугою називають діяльність послугонадавача (лікаря) щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, а також реабілітації послугоотримувача (пацієнта) з метою підтримання і покращення його здоров'я, а її результат не має конкретного матеріального втілення.

О. А. Філевич

APPLICATION OF KNOWLEDGE ABOUT THE SOMATIC STEM CELLS' MORPHOLOGY IN UKRAINE

Кафедра нормальної анатомії

В.О. Коваленко (к. мед. н., доц., чл.-кор. АМТН України)

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.П. Горпинюк (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Background: stem cells (SC) are the phenomenon for humankind and it was evidenced by their recognition with the journal «Science» in 1999. For the research in SC field scientists were awarded two Nobel Prizes in the XXI century (2007 and 2012 years, respectively). However, it's known that today cell therapy in Ukraine is comparatively behind other countries. So now it is important to review and analyze factors that are often considered causing the suspension of Ukrainian medicine, give an objective evaluation of these reasons, and search for a way out this situation, that determines the choice of the theme of our research.

Purpose: to determine the positive and negative aspects of the SC application, study the cell therapy as a promising field of modern medicine. Our aim also was to investigate the factors that influence on its development, determine the level of public confidence in Vinnytsia to Cord blood banks (CBB) and evaluate the opportunities, perspectives and problems of cell therapy in Ukraine.

Methods: search and systematization of information about the study object, conducting questionnaires, analysis of statistics and cooperation with the regional representative of the Institute of Cell Therapy (ICT) and clinicians.

Results: stem cells have the remarkable development potential of many different cell types in the body during early life and growth. The ability to obtain the necessary amount of material in the laboratory, increasing cell life expectancy, great differential potential promote intensive cell therapy development. However, we observed the following negative aspects of the use of SC in the treatment as necessity of immunosuppressive therapy, the complexity of coordinating the localization of the cell donor material and high risk of teratocarcinoma. The current trends in the using of SC were summarized in this study. Ukrainian scientists experimentally implemented the treatment of diabetes mellitus type 2, pancreonecrosis, critical lower limb ischemia and liver cirrhosis with SC. It gives hope for further high level of cell therapy in our country. The results of Vinnytsia residents survey particularly patients of VMCMH №1 on the subject of trust in CBB and cell therapy in our country in general were obtained. After analyzing statistics in Vinnytsia region over the past 5 years we have investigated the following factors of slowing the SC therapy progress in Ukraine as historical, legal, economic, ethical and informational.

Conclusion: in this study with questionnaires we found that the main reasons for patients' denial of CBB service was the high price of storage, distrust and lack of public knowledge about the new technology. Therefore, today the events dedicated to the dissemination of information about the SC opportunities are necessary as this awareness has the direct impact on the number of CBB customers, the amount and quality of ICT researches and hence on the level of Ukrainian medicine in general.

О.Г. Формада

ЕВТАНАЗІЯ. ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ

Кафедра філософії та суспільних наук

С. В. Черкасов (проф., д.філ.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: у сучасному світі феномен евтаназії став дуже актуальною та дискусійною проблемою на соціальному, етичному та юридичному рівнях, яка охоплює моральні, психологічні та медичні питання, які є безпосередньо пов'язані з людським існуванням. Чимало міжнародних інституцій (Eutanasia Society of America, Dignitas), незважаючи на велику кількість негативних аспектів такої практики, намагаються виправдати застосування евтаназії. У своїх законодавствах на офіційному рівні вже дозволили звертатись до практики евтаназії в окремих випадках такі країни: Бельгія, Нідерланди, Люксембург, Канада, Албанія, Швейцарія (лише у Цюриху), США (у штатах Орегон, Джорджія, Вермонт, Вашингтон).

Мета: проаналізувати історію застосування евтаназії. Встановити як позитивні так і негативні аспекти проведення «легкої смерті». Дослідити морально-етичні, психологічні та медичні проблеми евтаназії у сучасному суспільстві.

Матеріали та методи: на основі аналізу наукових статей та опрацювання відповідної літератури було простежено історію та поширення евтаназії у світі. Сформовано позитивні та негативні аспекти і досліджено її проблематику.

Результати: простежено історію застосування та поширення евтаназії. Проаналізовано її позитивні та негативні аспекти використання у сучасному світі. Визначена проблематика проведення «легкої смерті».

Висновок: проблема застосування евтаназії почалася ще з часів античної Греції та Риму. Людство пережило велику кількість воєн, епідемій і без «легкої смерті» не могло обійтись. Підвищений інтерес до неї в сучасному світі обумовлений тим, що, попри значний прогрес медицини, смертність від низки тяжких захворювань досі залишається високою. Саме через це сучасні країни узаконюють евтаназію та шукають альтернативні методи її проведення.

О.О. Хватова, С.В. Гордійчук

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ

Кафедра природничих та соціально-гуманітарних дисциплін

С.В. Гордійчук (к.біол.н.)

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Житомирської обласної ради

м. Житомир, Україна

Актуальність: реформування та модернізація системи вищої освіти є елементом успішного та прогресивного розвитку держави. Сучасне інформаційне суспільство потребує якісної професійної освіти, яку слід забезпечувати шляхом підвищення та удосконалення організації навчального процесу.

Мета: визначити шляхи підвищення якості освіти у медичному коледжі.

Матеріали і методи: для досягнення мети нами була розроблена та здійснена формалізація даних освітньої діяльності студентів КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради. Дане дослідження охопило 373 студента-випускника відділень «Сестринська справа», «Акушерська справа» та «Лікувальна справа».

Результати: нами були проаналізовані елементи внутрішньої системи контролю якості освіти: моніторинг якості формування контингенту студентів (порівняння кількісних балів атестатів з сертифікатами ЗНО – на базі повної загальної середньої освіти та балів свідоцтв про базову загальну середню освіту із балами отриманими під час вступної кампанії та здачі державної підсумкової атестації – українська мова та профільна дисципліна (біологія) в навчальному закладі). Така система аналізу дає змогу визначити «якість знань на вході»; моніторинг якості формування компетентностей через вивчення циклів гуманітарної та соціально-економічної підготовки, природничо-наукової підготовки та професійно-практичної підготовки. Така система дає можливість визначити «якість освітньої діяльності»; моніторинг якості результатів ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок М» – дозволяє визначити «якість знань на виході». Отримані результати дали змогу з'ясувати наявність зв'язків між даними показниками та ступінь їх статистичної достовірності.

Висновки: розвиток та удосконалення системи освіти дасть змогу підвищити конкурентоздатність випускників та престиж навчального закладу на українському та міжнародному ринках освітніх послуг та праці, залучити заклади до міжнародного співробітництва та обміну набутим досвідом щодо впровадження інноваційних освітніх моделей, розширити участь у міжнародних проектах викладачів, науковців, студентів і тим самим привабити іноземців до навчання в Україні.

Ю.Р.Христофор

ОСНОВНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р. Г. Жарлінська (доц., к.ек.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: у суспільній свідомості сформувалась і досить довгий час природним способом підтримувалась думка про величезну відповідальність лікарів за життя і здоров'я людей. Водночас реалії останнього десятиріччя в Україні свідчать про те, що актуальність розгляду питань юридичної відповідальності в медицині підтверджується збільшенням кількості позовних заяв громадян у зв'язку з різними порушеннями в процесі лікування. На практиці сьогодні відсутність знань з права для лікарів стає небезпечною. Для того, щоб медичні працівники виконували свої професійні обов'язки, їм необхідні глибокі знання з права загалом і з питань юридичної відповідальності зокрема.

Мета: на підставі Кримінального Кодексу України та статистичних даних визначити та проаналізувати основні правопорушення в медичній галузі та види відповідальності.

Матеріали та методи: опрацювання статей Основ законодавства України про охорону здоров'я, Кримінального кодексу України, Кодекс України про адміністративні правопорушення, Цивільного кодексу України, та їх узагальнення на основі методів аналізу, синтезу та порівняння.

Результати: основи законодавства України про охорону здоров'я ст. 6 закріплюють право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди. У ст. 8 Основ гарантується державний захист права на охорону здоров'я, а саме передбачено, що у разі порушення законних прав та інтересів громадян у галузі охорони здоров'я відповідні державні, громадські або інші органи, підприємства, їх посадові особи і громадяни зобов'язані вжити заходів щодо поновлення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування заподіяної шкоди. Переважна більшість «медичних» правопорушень сконцентровані у розділі II ККУ «Злочини проти життя і здоров'я особи». До них належать, зокрема, неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особою вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби; розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби; незаконне проведення абортів; незаконна лікувальна діяльність; ненадання допомоги хворому медичним працівником; неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником; порушення прав пацієнта; незаконне розголошення лікарської таємниці. В Україні досить довгий час мова йшла переважно про кримінально-правові методи впливу на правопорушників у сфері медицини. Прийняття Цивільного кодексу України, розвиток законодавства про охорону здоров'я, формування судової практики у справах про притягнення до відповідальності медичних працівників свідчить про наявність чотирьох принципово різних видів відповідальності лікарів за вчинені правопорушення: кримінальна; цивільна (майнова); адміністративна; дисциплінарна.

Висновок: нині, за даними різних соціологічних досліджень, лікарі більш компетентні у питаннях кримінальної відповідальності, хоча збільшення кількості випадків притягнення медиків до інших видів відповідальності змушує зосередити увагу на їхній освіті. Запорукою якісної правотворчої роботи є якісна теоретико-правова база, яка повинна формуватись у результаті комплексних досліджень із залученням юристів, організаторів охорони здоров'я, лікарів, що практикують, та представників інших зацікавлених сторін. Знання керівниками закладів охорони здоров'я та їхніми працівниками чинного законодавства щодо відповідальності медичних працівників і вжиття заходів щодо забезпечення його дотримання є запорукою нормальної роботи закладів охорони здоров'я.

С.Ю.Чухрій, О.В.Колодій

HOW MUCH SLEEP DO WE NEED?

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.П.Горпинюк (ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Background: people tend to sleep more lightly and for shorter time spans as they get older, although they generally need about the same amount of sleep as they needed in early adulthood. About half of all people over 65 have frequent sleeping problems, such as insomnia, and deep sleep stages in many elderly people often become very short or stop completely. This change may be a normal part of aging, or it may result from medical problems that are common in elderly people and from the medications and other treatments for those problems.

Purpose: to review the medical literature in order to determine the sleeping time for every age group.

Materials and methods: although scientists are still trying to learn exactly why people need sleep, animal studies show that sleep is necessary for survival. Sleep appears to be necessary for our nervous systems to work properly. Too little sleep leaves us drowsy and unable to concentrate the next day. It also leads to impaired memory and physical performance and reduced ability to carry out math calculations. If sleep deprivation continues, hallucinations and mood swings may develop. The amount of sleep each person needs depends on many factors, including age. Infants generally require about 16 hours a day, while teenagers need about 9 hours on average. For most adults, 7 to 8 hours a night appears to be the best amount of sleep, although some people may need as few as 5 hours or as many as 10 hours of sleep each day. Women in the first 3 months of pregnancy often need several more hours of sleep than usual. The amount of sleep a person needs also increases if he or she has been deprived of sleep in previous days. Getting too little sleep creates a "sleep debt," which is much like being overdrawn at a bank. Eventually, your body will demand that the debt must be repaid. We don't seem to adapt to getting less sleep than we need; while we may get used to a sleep-depriving schedule, our judgment, reaction time, and other functions are still impaired.

Conclusion: according to reviewed literature, we came to the conclusion, that every age group needs special amount of sleeping time:

Newborns (0-3 months): Sleep range is 14-17 hours each day

Infants (4-11 months): Sleep range is 12-15 hours

Toddlers (1-2 years): Sleep range is 11-14 hours

Preschoolers (3-5): Sleep range is 10-13 hours

School age children (6-13): Sleep range is 9-11 hours

Teenagers(14-17): Sleep range is 8-10 hours
Younger adults (18-25): Sleep range is 7-9 hours
Adults (26-64): Sleep range do not change and remains 7-9 hours
Older adults (65+): Sleep range is 7-8 hours.

В. М. Шевчук
ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Р. Г. Жарлінська (к. екон. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: розвиток донорства крові та її компонентів є важливим напрямком діяльності держави. В умовах виснажливої хвороби, дефіциту коштів та недоліків нашого суспільного життя донорська кров стає найціннішим засобом лікування. Але протягом останніх років спостерігається зниження основних показників, які характеризують донорство в Україні, а саме зменшення кількості донорів і середнього об'єму зданої крові.

Мета: з'ясувати стан донорства в Україні та визначити пріоритетні завдання його покращення.

Матеріали та методи: при виконанні роботи розглянуто та проаналізовано дані офіційної статистики МОЗ України: галузева статистична звітна форма №39 «Звіт центру служби крові (станції переливання крові), відділення трансфузіології лікувального закладу, установи, лікарні, яка проводить заготівлю крові» і показники діяльності закладів служби крові України у 1991–2015рр.

Результати: відповідно до Директив Європейського Парламенту та Ради Європейського Союзу для забезпечення держави кров'ю та її компонентами потрібно 40–60 донорів на 1 тис. населення країни, або 4,0–6,0%. Водночас в Україні цей показник становить лише 17,6 донорів на 1 тис. населення. У 2015 р. службою крові України було прийнято 437 425 донорів, що на 76 543 особи менше, ніж у 2014 р. (на 13%). На 12% зменшилася й кількість донорів. Відсоток донорів від загальної кількості населення в Україні станом на 2013 рік складав 1,28%. Приміром у 2007 році цей показник складав 1,39%, а у 1991 році 2,83%. Активні донори у різні роки становили від 5,4% до 18,35%. Максимальний відсоток активних донорів був у 1993 р. Донори резерву знаходяться у межах від 81,7% до 94,6%. Мінімальний рівень відсотку донорів плазми крові — 2,1% від загальної кількості — спостерігався у 1991 р. Збільшення частки донорів відзначали до 6,0% у 2003 та 2004 р. та до 8,3% — у 2007 р. Важливою проблемою є заготівля імунної та ізоімунної плазми крові. У зв'язку з цим слід наголосити, що кількість імунних донорів у 2015 р. порівняно з 1992 р. зменшилась у 10,6 рази. Відсоток імунних донорів за 2002–2015 рр. стабільно становив 0,5% від загальної кількості донорів.

Висновки: на жаль, донорство у нашій країні, як правило, стало проблемою хворих та лікарів, а не справою суспільства. Населення недостатньо обізнане у питанні донорства крові у зв'язку з недостатнім висвітленням цієї проблеми. Зменшення числа донорів та кількості донорів призводить до зниження заготовленої крові та плазми і виготовлення з них препаратів. Для активного залучення населення до донорського руху необхідно підвищити престиж донорства, залучивши до цього засоби масової інформації, волонтерські організації та інше.

В.Ю. Шевчук
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА»

Кафедра природничих і соціально-гуманітарних дисциплін
О.В. Горай (к. п. н., доц.)
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»
Житомирської обласної ради
м. Житомир, Україна

Актуальність. В процесі реформ в галузі охорони здоров'я в Україні та орієнтації на світовий досвід впровадження медсестринського процесу в практику, важливим питанням постає підготовка соціально-психологічно компетентних медичних сестер. Соціально-психологічна компетентність (СПК) медичних сестер - це здатність розпізнати психологічні особливості хворого, знання власних психічних характеристик, вміння регулювати свою поведінку відповідно до складеної ситуації з метою встановлення доцільної і ефективної взаємодії. Саме медична сестра 24 години на добу знаходиться біля пацієнта, і від своєчасності розпізнання нею змін психологічного і фізичного стану пацієнта багато в чому залежить ефективність лікування і реабілітації. Виходячи з цього, кожна медична сестра повинна володіти такими якостями, як спостережливість, мобільність, здатність аналізувати і прогнозувати, емпатійність, які входять до складу СПК.

Мета. Обґрунтування теоретичних засад, практичних підходів формування СПК медичних сестер в процесі фахової підготовки.

Матеріали і методи. Для досягнення мети нами було використано медико-соціологічний метод дослідження (анкетування) та психологічні методики. Було опитано 100 осіб, серед яких 70 студентів 3-го курсу

спеціальності 223 Медсестринство, спеціалізації «Сестринська справа», освітньо-кваліфікаційного рівня молодший спеціаліст та 30 студентів спеціальності 223 Медсестринство, спеціалізації «Сестринська справа», освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавр КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради.

Результати. Нами було встановлено, що найбільше у студентів освітньо-кваліфікаційного рівня молодший спеціаліст спостерігається розвиненість таких структурних компонентів СПК, як здатність швидко пристосовуватись до змін, почуття відповідальності, ініціативність, доброзичливість, перцептивність, рефлексивність. Серед студентів освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавр у більшості, спостерігається розвиненість професійної зацікавленості, комунікативних вмінь, націленості на результати, готовність до взаємодії. Такі важливі структурні компоненти СПК, як відповідальність, емпатійність, мобільність, лідерство, здатність уникати конфліктних ситуацій, педагогічні якості, комунікативні вміння розвинені в середньому лише у 60-65% опитаних студентів.

Висновки. Отримані результати свідчать про недостатність сформованості СПК у майбутніх медичних сестер і є основою для створення спецкурсу «Формування соціально-психологічної компетентності медичних сестер в процесі професіоналізації».

Я.П. Шуйська

МЕТОДИКА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ОСВІТЬНОГО СТУПЕНЯ “БАКАЛАВР” ДО ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

Кафедра «Сестринська справа»

Н.В. Шигонська (к.пед.н.)

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Житомирської обласної ради

м.Житомир, Україна

Актуальність: на сучасному етапі соціального розвитку України значно підвищено вимоги до підготовки медичних працівників як до професіоналів. З огляду на інтеграцію України до європейського освітнього та наукового простору професійна діяльність майбутніх медичних працівників вимагає високого рівня освіченості, професіоналізму та культури. У цьому контексті перед вищими навчальними закладами постає відповідальне завдання – забезпечити високопрофесійну підготовку фахівців цієї галузі.

Мета: теоретично розробити і практично перевірити методику «Підготовки медичних сестер бакалаврів до професійно-орієнтованої взаємодії».

Матеріали та методи: для досягнення мети використано медико — соціологічний (анкетування) метод дослідження та авторська методика «Підготовки медичних сестер бакалаврів до професійно-орієнтованої взаємодії».

Результати: за допомогою 3-х компонентів комунікативної компетентності медичних сестер (особистісний, професійний, етико — деонтологічний) нами було теоретично розроблено і практично застосовано методику «Підготовки медичних сестер бакалаврів до професійно — орієнтованої взаємодії». Особистісний компонент: самоповага, врівноваженість, спостережливість, відповідальність, доброзичливість, дотримання субординації, професіоналізм, тактовність, толерантність, повага до колег та пацієнтів. Професійний компонент: компетентність у професійній діяльності, саморозвиток, рівень сформованості знань, професійна ерудиція, критичне сприйняття та осмислення дійсності. Етико-деонтологічний компонент: інформування пацієнта про його права та про стан його здоров'я, гуманне ставлення до пацієнта, повага до людської гідності пацієнта, недопущення моральної та фізичної шкоди пацієнтові, повага прав пацієнта на проведення медичних втручань або відмови від них, повага автономії пацієнта, прояв дбайливого ставлення до хворого, який помирає, зберігання професійної таємниці, повага до своєї професії, шанобливе ставлення до своїх колег. Підготовка до професійно орієнтованої взаємодії — це цілеспрямований, динамічний процес безпосереднього або опосередкованого одночасного впливу суб'єктів один на одного в результаті виконання певної професійної діяльності, метою якого є реалізація змісту професійної діяльності одного і задоволення потреб іншого.

Висновок: як результат впровадження методики було покращено рівень підготовки до професійної взаємодії, невід'ємною складовою якої є ефективність надання медичної допомоги.

**МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ
НАПРЯМ**



PUBLIC HEALTH

В.Ю. Ангельська
АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ВІДБОРУ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н. Д. Корольова (к.псих.н., доц.)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. В юнацькому віці відбуваються істотні морфофункціональні зміни, завершуються процеси фізичного дозрівання людини. Життєдіяльність в юності ускладнюється: розширюється діапазон соціальних ролей та інтересів, з'являється все більше дорослих ролей з відповідною їм мірою самостійності і відповідальності. На цей вік припадає багато критичних соціальних подій. Перед кожним постає завдання вибору професії і подальшого життєвого шляху.

Мета дослідження. Визначити професійну спрямованість та готовність учнів школи до вступу у вищі навчальні заклади.

Матеріали і методи. Було обстежено 90 учнів загальноосвітньої школи I-II ступенів-ліцей №7 м. Вінниця за допомогою діагностування за різними тестами, анкетами й опитувальниками.

Результати. Професійне самовизначення - це багатовимірний і багатоступеневий процес, в якому відбувається виділення завдань суспільства і формування індивідуального стилю життя, частиною якого є професійна діяльність. Професійне самовизначення можна розглядати як серію завдань, які суспільство ставить перед особистістю, що формується і, які ця особистість повинна послідовно розв'язати протягом певного періоду часу; як процес поетапного прийняття рішень, за допомогою яких індивід формує баланс між своїми перевагами і схильностями з одного боку, і потребами існуючої системи суспільного розподілу праці, а з іншого - як процес формування індивідуального стилю життя, частиною якого є професійна діяльність (І.С. Кон). Зазвичай вибір здійснюється двічі: перший раз у 9 класі, в зв'язку з вибором форми завершення середньої освіти; другий раз - в 11 класі середньої школи, коли плануються шляхи здобуття вищої освіти чи включення до трудового життя, тобто двічі старшокласник потрапляє в ситуацію вибору продовження освіти в одній з її конкретних форм. Загальні результати діагностування за тестом «Комунікативні та організаційні здібності» свідчать, що організаційні здібності у учнів сформовані краще (53%), ніж комунікативні (47%). За даними тесту «Моя майбутня професія», важливим складовим компонентом якої є професійна комунікація, дозволяє констатувати, що більше 50% учнів, мають низький чи недостатній рівень орієнтування щодо особливостей обраної спеціальності. Результати тестування «Чи вмієте Ви слухати?» засвідчують недостатню їх сформованість. У тестуванні «Визначення інтегральних форм комунікативної агресивності», домінує середній рівень агресивності у 41% учнів.

Висновок. За даними проведеного нами обстеження встановлено, що було б доречно з метою розвитку й підвищення в майбутніх студентів механізмів психоконікативної компетентності, досконалості й захищеності доречно планувати й здійснювати різні корекційні заходи.

В.Ю. Ангельська
ПРИЧИНИ АСОЦІАЛЬНИХ ДІЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н.Д. Корольова (к.псих.н., доц.)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Підліткова агресивність одна з найактуальніших проблем сучасності. Прояв даного явища ми можемо спостерігати щодня і всюди. Криза соціальної системи, зростання екологічної та економічної нестабільності, зміни у політичній ситуації - все це відбилося на свідомості, почуттях та поведінці дітей, підлітків, молоді. Тривожним показником є зростання числа неповнолітніх з девіантною поведінкою, що виявляються в асоціальних діях (алкоголізм, наркоманія, порушення громадського порядку, хуліганство, вандалізм і ін.).

Мета дослідження: Визначити причини виникнення та розвитку агресивності дітей на різних стадіях підліткового віку.

Матеріали і методи. Було обстежено 90 учнів загальноосвітньої школи I-II ступенів-ліцей №7 м. Вінниця за допомогою тесту «Визначення інтегральних форм комунікативної агресивності» (В.В.Бойко) та теста визначення рівня агресивності Басса і Дарка.

Результати: Агресія походить від латинського слова «aggressio» – напад. У тлумачному словнику С.І. Ожегова і Н.Ю. Шведова дається два визначення: 1) «Незаконне, з погляду міжнародного права, застосування сили однією державою проти суверенітету, територіальної недоторканності чи політичної незалежності іншої іноземної держави». 2) «Відкрита ворожість, що викликає ворожість». За даними тестування «Визначення інтегральних форм комунікативної агресивності», дуже високий рівень (41 і більше балів) комунікативної агресивності не виявлено. Підвищений рівень (31-40 балів) – виявлено у 28% респондентів. Середній рівень (21-30 балів) – відповідно у 48% учасників тестування. І лише 24% респондентів проявляють невисокий рівень

(9-20 балів) комунікативної агресивності. За даними методики Басса і Дарка індекс агресивності становить 50% та індекс ворожості - 55%.

Висновок: Юнацький вік та рання юність являють собою групу високого ризику. Серед форм агресивних реакцій необхідно виділити такі: фізична агресія (напад), непрямая агресія, вербальна агресія, схильність до роздратування – негативізм, бідність ціннісних орієнтацій, їх примітивність, відсутність захоплень, вузькість і нестійкість інтересів.. Із форм ворожих реакцій - образа, підозрілість. У таких дітей, як правило, низький рівень інтелектуального розвитку, підвищена навіюваність, копіювання, недорозвиненість етичних уявлень. Їм властива емоційна грубість, озлобленість як проти однолітків, так і проти дорослих. Разом із тим, серед агресивних підлітків зустрічаються і діти добре інтелектуально та соціально розвинені. У них агресивність виступає засобом підняття престижу, демонстрації своєї самостійності, дорослості.

О. В. Андрійчук, А.О. Сніцар

САМОПОЧУТТЯ МОЛОДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОВСЯКДЕННОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини

В.М. Коршак (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Сьогодні гіподинамія - проблема століття, яка негативно впливає на стан функцій організму, тому ми повинні знати її вплив на системи органів.

Мета: Дослідити вплив рухової активності та функціональних резервів системи кровообігу на самопочуття групи студентів, проаналізувати руховий режим та надати рекомендації по профілактиці розвитку гіподинамії.

Матеріали та методи: На базі КНП КДЦ протягом 2016-2017 н.р. було проведено анкетування студентів у кількості 141 осіб у віці від 17 до 30 років. Середній вік - 20,7 років. Анкетування включало дослідження фізичної підготовленості, фізичної активності, якості життя (Опитувач якості життя SF-36). Для обстеження функціонального стану системи кровообігу ми використовували пробу Руф'є.

Результати: В результаті проведеного дослідження було встановлено, що з досліджуваної групи у 65,9% проведення більше 25% робочого часу займає сидіння за столом; у 25,7% – ходьба; у 3,7% – піднімання і перенос тягарів; у 3% – стояння; у 1,5% – їзда в автомобілі. 62,7% не займаються ранковою гігієнічною гімнастикою, 25,5% – інколи займаються і 11,7% - займаються кожного дня. Також встановлено, що середня тривалість безперервної ходьби в день становить 67,21 хв, і відповідно 470,47хв (близько 8год) на тиждень. Було проведено пробу Руф'є у 120 осіб з досліджуваної групи, в яких визначено за індексом Руф'є працездатність серця при фізичному навантаженні: 40% - задовільна; 30% - слабка; 16,6% - погана; 13,3% - добра; 0% - відмінна. За останні чотири тижні група досліджуваних осіб так оцінила самопочуття: 50,7% більшу частину часу бадьорим; 42,8% - інколи сильно нервували; 43,7%- жодного разу не почували себе таким подавленим, що нічого не могло збадьорити; 34,8% - більшу частину часу почували себе спокійним і умиротвореним; 34,5% - часто повні сил і енергії; 33% - ні разу не були зневіреними і сумними; 33% - рідко були вимученими; 34% - більшу частину часу були щасливими; 38,2% - інколи були стомлені.

Висновки: Серед досліджуваної групи превалює зниження рухової активності, більшість часу студенти проводять сидячи за столом, отже наявні ознаки гіподинамії. На емоційний стан та самопочуття рухова активність впливає меншою мірою, ніж інші чинники, оскільки навіть при наявності гіподинамії самопочуття можна оцінити в загальному як задовільне. Зниження рухової активності студентів та відповідно функціонального резерву системи кровообігу очевидно повинно призводити до зниження працездатності. Але оскільки в досліджуваної групи працездатність не знижена, самопочуття задовільне, то можна зробити висновок, що у молоді нормальне функціонування систем внутрішніх органів забезпечують компенсаторні механізми. Під впливом несприятливих факторів ці компенсаторні механізми вичерпуються і, як наслідок, розвиваються хронічні захворювання, загроза декомпенсації цих функцій, виникають загрози для життя стани.

Рекомендації: обмежити тривалість перебування студентів «за столом», вводячи в заняття 15-хвилинні розминки через кожні 45хв.

Ю.В. Антоненко, В.М. Дончик

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З БОЙОВОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сучасні історичні події на Україні свідчать, що підтримка психічного здоров'я українських військовослужбовців є найважливішим спільним соціальним та медичним завданням командування і медичної служби Збройних Сил України, тому тема нашої доповіді є досить актуальною на даний час.

Бойова психічна травма (БПТ) — психічний стан військового, викликаний впливом факторів бойової обстановки, що призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості. Щоб запобігти виникненню цього стану, кожен учасник бойових дій повинен проходити медико-психологічну реабілітацію – це допомога особистості на всіх етапах нової системи значних відносин: від виникнення первинного розладу самосвідомості до формування позитивних значущих відносин особистості до себе й співвідношенні зі світом. Тому в даній роботі ми пропонуємо деякі напрямки медико-психологічної реабілітації військовослужбовців ЗС України.

Мета: Дослідити медико-психологічні аспекти лікування та реабілітації військовослужбовців ЗС України, що побували в зоні АТО, адже психічне здоров'я військовослужбовця – явище динамічне, що потребує моніторингу за його станом. Під впливом екстремальних стресових факторів (в нашому випадку це АТО) стан психічного здоров'я військових погіршується. Тому саме корегуючий психологічний і медичний вплив й сприяє відновленню психічного здоров'я військовослужбовців.

Матеріали та методи: Під час дослідження було застосовано такі науково-практичні методи як: математично-графічний, статистичний та порівняльно-описовий. При написанні роботи було опрацьовано статистичні посібники, використано публікації присвячені цій темі, статті мережі Інтернет.

Результати: Світова статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій при відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених та інвалідів — кожен третій. За дослідженнями науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗС України, якщо середньостатистичний показник психогенних втрат становить 10-25%, то в даний час серед українських військових вони досягають практично 80% і приблизно 30-40% випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми переходять в психіатричні. Центром гуманітарних проблем ЗС України встановлено, що максимальний термін для психологічного виснаження військовослужбовців при постійному перебуванні в зоні бойових дій становить 35-45 днів, а українські військовослужбовці перебували там по 4-5 місяців й навіть більше.

Висновки: Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) займає значну частку серед українських військовослужбовців, які повернулись із збройних конфліктів (за деякими даними до 25% від загальної кількості всіх військовослужбовців), тому своєчасна профілактика, діагностика і лікування ПТСР є відповідальним завданням покладеним на медичну службу ЗС України, адже проблема бойової психічної травми зачіпає не лише інтереси боєздатності армії, а й інтереси збереження здоров'я української нації.

І.С. Антоненко

ІППОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ СИМПТОМАМИ

Кафедра фізичної реабілітації і спортивної медицини

М. П. Кіріченко (д.мед.н, доц.)

Харківський національний медичний університет,

м. Харків, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день невпинно зростає кількість дітей з неврологічними симптомами. Наслідками ураження центральної нервової системи можуть бути різноманітні неврологічні розлади, які полягають у порушенні рухової активності і розвитку психічних процесів.

Ціль: Функціональний аналіз ефективності використання елементів іппотерапії в порівнянні зі стандартними методиками корекції.

Матеріали і методи: Під спостереженням знаходилися 29 дітей віком від 7 до 14 років з синдромами рухових порушень. У 18 дітей діагностован синдром м'язової гіпертонії, у 11 – синдром м'язової гіпотонії. Дітей було поділено на дві групи: експериментальна і контрольна. Для експериментальної групи окрім стандартних методів реабілітації були розроблені спеціальні заняття лікувальної верхової їзди з урахуванням індивідуальних можливостей і поступовим ускладненням програми. Контрольна група отримувала стандартний комплекс реабілітації.

Результати: Позитивна динаміка була виражена в більшій ступені у дітей експериментальної групи. Відмічалась нормалізація м'язового тону, спостерігалось покращення показників загальної фізичної працездатності (за тестом РWC-170), статична виносливість м'язів тулуба, координації і просторової орієнтації, дрібної моторики, покращення когнітивної функції.

Обговорення: Позитивний ефект використання лікувальної верхової їзди для дітей з синдромами рухових порушень отримується завдяки ритмічному упорядкованому рухової у навантаженні, що дозволяє збільшити об'єм пасивних рухів та набутти нових активних рухових навичок. Необхідність утримувати рівновагу на коні, що рухається, змушує дитину синхронізувати працю усіх м'язів, у тому числі уражених захворюванням. Також спостерігається позитивний психологічний ефект від контакту з твариною.

Висновки: 1. Діти з синдромами рухових порушень потребують розробки індивідуальної програми реабілітації

лікувальною верховою їздою.

2. Іппотерапія комплексно позитивно впливає на фізичну і психічносоціальну сфери дітей з неврологічними симптомами.

С. А. Бардильов

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В ЗОНІ АТО ЗА СИСТЕМОЮ ТССС

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В. М. Сивак (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Зважаючи на ситуацію на сході нашої країни - кожен повинен вміти надавати невідкладну допомогу. Система ТССС розрахована для людей, які можуть не мати медичної професії. ТССС розрахована для всіх родів військ, як в обороні, так і в наступі. Базові знання системи ТССС дають можливість військовослужбовцю надати невідкладну допомогу собі та пораненому побратимові з подальшою можливістю виконання бойового завдання.

Мета: показати різницю в результатах надання невідкладної допомоги з і без застосування правил ТССС. Довести актуальність знання азів тактичної медицини як у військовий, так і в мирний час. Навчити по-різному надавати допомогу в обороні та наступі. Надавати тільки той обсяг допомоги, який потрібно для подальшого виконання бойового завдання або транспортування пораненого для подальшого надання кваліфікованої допомоги.

Матеріали і методи: Об'єкт дослідження - система надання допомоги пораненим військовослужбовцям за стандартами ТССС. Предмет - недостатність та недосконалість навчання військовослужбовців стандартам і правилам ТССС. Це обумовлено малою кількістю інструкторів по тактичній медицині, невідповідне забезпечення збройних сил України до стандартів ТССС, порушення послідовності дій пораненого та того, хто надає допомогу в умовах стресу під час виконання бойового завдання. Адаже десятки років досвіду армії США показали, що при наданні допомоги за ТССС мінімізували втрати, що дало можливість для кращих результатів виконання поставленого завдання.

Результати: виходячи з статистики від початку АТО по сьогоднішній день втрати особового складу зменшились майже в 4 рази. Це свідчить про те, що військовослужбовці привикають до умов проведення АТО, до травм та поранень, які супроводжують виконання поставлених завдань. Враховуючи те, що інструктори з ТССС постійно навчають військовослужбовців перед ротациями ми можемо сказати, що це дійсно дає позитивну динаміку, що ще раз підтверджує універсальність надання допомоги за стандартами ТССС.

Висновки: таким чином, для зменшення втрат особового складу і кращого виконання бойових завдань необхідно покращити матеріальне забезпечення засобами індивідуального захисту відповідно стандартам ТССС, вимагати від військовослужбовців дотримання цих стандартів, постійно перевіряти бойову готовність підрозділів з наданням допомоги за системою ТССС.

М. С. Безручко

ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ СТУДЕНТІВ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

Н.В.Дідик (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Згідно статистичних даних, на сьогоднішній день, в країнах пострадянського союзу, 80% людей працюють не за спеціальністю в дипломі. Враховуючи це - логічним є виявити здібності людини і поєднати їх з обраною професією. Дослідження останніх років продемонстрували, що маківка – це проекція епіцентру росту головного мозку «вверх» та росту волосяних фолікул по шкірі «вниз» (Vendy K. Chang, 2011). У 55% людей маківка одна, розташована зліва від серединної лінії й відповідає активному розвитку лівої півсфери головного мозку, у 30% - розташована справа від серединної лінії і у 15 % - по серединній лінії. У 5% людей маківки дві і розташовані вони по обидва боки від серединної лінії. Якщо ж маківка розміщена в проекції серединної лінії ближче до потиличної ділянки – це свідчить про мікроцефалію (Alan R. Spitzer; 2011). Так, як ліва півкуля відповідає за логічне математичне мислення, а права - дає художнє абстрактне світосприйняття оточуючого, – доцільним є вивчення розташування маківок як одного з методу виявлення здібностей людини.

Мета: Виявити анатомо фізіологічні особливості (АФО) розташування маківок у студентів медичного ВУЗу та продемонструвати їх зв'язок із здібностями людини.

Методи і матеріали: У дослідження включено 75 студентів медичного ВУЗу II-V курсів, середнім віком 20±2 роки та співвідношення осіб жіночої до чоловічої статей склало 3/1. Серед студентів було 25 представників фармацевтичного факультету, 25 осіб стоматологічного факультету та 25 осіб лікувального факультету №2 із спеціальністю «Педіатрія». Всі особи, які брали участь у дослідженні, були розділені на три групи, відповідно

до представлених факультетів, які були репрезентативні за віком та статтю. Всім проводили огляд АФО розташування маківок (Richard A. Polin; 2011), анкетування. Статистичну обробку результатів проводили з використанням методів непараметричної статистики.

Результати: На основі отриманих результатів встановлено наступне: для студентів фармацевтичного факультету у 75% (19 осіб) характерний «мислительний» тип здібностей за І. П. Павлови; для студентів стоматологічного факультету характерний «художній» тип здібностей 64% (16) осіб за І. П. Павловим; для студентів лікувального факультету №2 спеціальність «Педіатрія» характерний «проміжний» тип здібностей за І. П. Павловим 72% (18 осіб).

Висновки: На основі отриманих результатів можна констатувати: студенти-фармацевти володіють, в більшій мірі, чітким аналітичним розумом, схильні до математичного прорахунку ситуації; студенти-стоматологи схильні до романтизму, екстремалізму ситуацій; студенти-педіатри, в майбутньому, стануть стабільними, тривалими, середньостатистичними працівниками.

О.О. Білик, Я.В.Вороновський

ВПЛИВ ХАРЧУВАННЯ НА РОЗВИТОК ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В організмі жінки вагітність викликає зміни, які забезпечують оптимальні умови для розвитку плода та перебігу пологів. В останні роки спостерігається збільшення частоти випадків залізодефіцитних станів (ЗДС) серед вагітних з відсутністю тенденції до зниження. За даними МОЗ, частота залізодефіцитних анемії (ЗДА) у вагітних у різних країнах коливається від 21% до 80%, якщо оцінювати за рівнем гемоглобіну, та від 49% до 99% - за рівнем сироваткового заліза. Існує залежність між частотою виявлення ЗДА у вагітних жінок та особливостями раціону харчування.

Мета: Вивчити показники периферичної крові у жінок у різні терміни вагітності з нормальним перебігом. Встановити зв'язок між особливостями раціону жінки та показниками червоної крові.

Матеріали та методи: Оцінено результати дослідження периферичної крові в 50 вагітних при першому відвідуванні, у I, II та III триместрах. Методом анкетування було проаналізовано раціон харчування вагітних та частоту споживання продуктів, багатих на залізо та аскорбінову кислоту.

Результати: ЗДА у вагітних – стан зумовлений зниженням рівня сироваткового заліза в крові і кістковому мозку внаслідок гемодилуції, депонування заліза у фетоплацентарному комплексі, підвищеними витратами на кровотворення плода, порушення процесів всмоктування мікроелементів. Однак провідним фактором у розвитку ЗДС вагітних вважається недостатнє надходження заліза з їжею. У динаміці (чотири рази) досліджували кількість гемоглобіну, еритроцитів та колірний показник. Згідно з нашими дослідженнями, наприкінці вагітності у 27 жінок, що становить 54% від загальної кількості досліджуваних, спостерігалось зниження рівня гемоглобіну ≤ 110 . Після оцінки їх раціону було виявлено: частота споживання м'яса менше 3-х разів на тиждень (переважно свинина та м'ясо птиці), частота споживання риби менше 2-х разів на тиждень (переважно короп та хек). В якості гарніру переважала картопля та макаронні вироби. Слід відмітити, що вагітні які щоденно споживали продукти з високим вмістом віт. С (капуста, яблука, селера, петрушка, цитрусові, ківі, чорна смородина, малина) мали кращі показники червоної крові. Регулярне вживання полівітамінних комплексів для вагітних також сприяло покращенню показників гемоглобіну та сироваткового заліза.

Висновок: Серед численних факторів, які перешкоджають розвитку ЗДС, раціональне харчування є одним з найважливіших, адже недостатнє надходження в організм вагітної повноцінних макро- і мікроелементів, потреба в яких в цей період значно збільшена, є причиною підвищеної захворюваності на ЗДА та порушення розумового та фізичного розвитку дитини.

А.С. Біліченко

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ЗРЯЧИХ ЛЮДЕЙ ТА З ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ

Кафедра нормальної фізіології

Т.П. Рисинець (к. псих. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Одним з найбільш поширених в нашій країні видів афектів є стрес. Він є станом надмірно сильного і тривалого психологічного напруження, яке виникає у людини, коли її нервова система отримує емоційне перевантаження. Стрес дезорганізовує діяльність людини, порушує нормальний хід поведінки. Стреси, особливо якщо вони часті і тривалі, роблять негативний вплив не тільки на психологічний стан, а й на фізичне здоров'я людини. Тому важливим чинником якісної життєдіяльності є стресостійкість, що розглядається як уміння долати труднощі, пригнічувати свої емоції, проявляючи витримку і такт. Особливої уваги потребують

соціальні групи, які мають труднощі в процесі соціальної адаптації, пов'язані з наявністю фізичних або психічних дефектів. У цю категорію входять особи, що мають зорові дефекти (обмеження по зору, різні форми очних захворювань). У суспільстві існує поширений стереотипний образ "типового сліпого", - образу, який, включаючись у структуру взаємин зрячих і незрячих у соціумі, накладає відбиток на формування їх уявлень один про одного, а також незрячих про себе. Головна особливість цього образу - переоцінка серйозності наслідків дефекту. Так як, добре адаптована незряча особистість почуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя і діяльності.

Мета: Порівняти рівень стресостійкості і локус контроль у людей з патологією і без патології зору.

Матеріали і методи: В експерименті брали участь дві групи по 20 осіб. Перша група з патологією зору, які перебувають у Вінницькій обласній організації УТОС і друга група без патології зору. У дослідженні було використано: анкету з загальними даними про людину, тест на «Самооценку стрессоустойчивости личности», методика «Типы поведения и реакций в стрессовых ситуациях», методика «Когнитивная ориентация (локус контроля)».

Результати: Нами встановлено, що рівень стресостійкості у людей з патологією зору дуже високий - 5%, високий - 30%, вище середнього - 35%, середній - 30%. У осіб без аномалії рівень стресостійкості високий - 20%, вище середнього - 30%, середній - 25%, нижче середнього - 15%, низький - 10%. В стресових ситуаціях люди з патологією зору схильні реагувати вирішуючи проблему - 75%, уникаючи проблему - 25%. Здорові люди в стресових ситуаціях вирішують проблеми - 55%, уникають - 25% і реагують емоційно - 20%. У осіб з вадами зору локус контролю екстернальний - 60%, інтернальний - 40%, а у людей без патології екстернальний - 70%, інтернальний - 30%.

Висновок: Особи з патологією зору стійкіші до стресових ситуацій. У більшості осіб з патологією зору і здорових людей тип поведінки в стресових ситуаціях направлений на вирішення існуючих проблем. А локус контролю осіб з патологією зору - екстернальний, так як і у більшості здорових людей. Це свідчить про схильність людини приписувати відповідальність за результати своєї діяльності якимось зовнішнім силам. Що є ознакою невпевненості у власних силах, страх щось змінювати та емоційне реагування на ситуації.

Т.О. Бойко

МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ НАСЛІДКИ АВАРІЇ НА ЧАЕС ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПРОЖИВАЄ НА РАДІАЦІЙНО-ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ

Кафедра загальної гігієни та екології

О. В. Дякова (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Аварія ядерного реактора на ЧАЕС визнана серйозною глобальною техногенною радіаційною катастрофою, яка стала негативним чинником погіршення стану здоров'я населення.

Мета: Визначити структуру та стан здоров'я населення, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

Матеріали та методи: Статистична оцінка даних захворюваності та смертності, показників фізичного розвитку радіаційно-забруднених територій Житомирської області.

Результати: За результатами проведеного аналізу, стан здоров'я населення, що постраждало в післяаварійний період, значно погіршився. У постраждалих встановлено зростання частоти ранніх форм раку - лейкемії, раку щитоподібної та молочної залози, а також пізніх форм раку легень, підшлункової залози та сечовивідних шляхів. Кількість випадків раку щитоподібної залози серед дітей в 33 рази перевищує дочорнобильський щорічний рівень. У дорослих частота раку щитоподібної залози перевищує середні показники в Україні: у ліквідаторів - у 4,8 рази вища за очікуваний рівень, в евакуйованих з 30-кілометрової зони - у 4,1 рази, у мешканців радіоактивно забруднених територій - в 1,3 рази. Провідне місце у структурі захворюваності та смертності належить хворобам системи кровообігу. Катастрофічно підвищується їх поширеність у осіб різного віку, а також розвиток ускладнень, що призводять до ранньої інвалідності та смертності. Смертність дорослого населення підвищилася порівняно з минулими роками і становить 20,05 на 10 тис. Частка здорових серед даного контингенту протягом періоду спостереження зменшується, збільшується кількість осіб з хронічними захворюваннями. В основному це хвороби органів травлення, нервової системи, органів кровообігу. За результатами клінічних досліджень встановлено, що серед дітей, які народилися від батьків, евакуйованих у дитячому віці з м. Прип'ять та 30-кілометрової зони та дітей - мешканців 2-3-ї зони радіоактивного забруднення, батьки яких на час аварії були дітьми, проживали та проживають дотепер у цих 113 населених пунктах, кількість практично здорових за останні 5 років не перевищувала 10%, а індекс патологічної ураженості сягав - 5,39%. Фізичний розвиток, який є одним з основних критеріїв, що характеризує стан здоров'я, у 62,40-62,58% дітей відрізняється дисгармонічністю.

Висновки: Ключовою проблемою сьогодення є об'єктивізація ризиків онкологічних і не онкологічних захворювань, спричинених радіаційним опроміненням. Наслідки значного радіаційного опромінення виявляються через дні, тижні, наслідки меншого радіаційного опромінення є віддаленими у часі - виявляються через десятки років (в першу чергу, онкологічні захворювання).

Г. Ю. Боханов, Д. І. Пидоченко

ПРОФІЛЬНІСТЬ ВИЌЗДІВ, НАВАНТАЖЕННЯ ТА ОСНАЩЕННЯ БРИГАДИ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ВІННИЦЬКОЇ СТАНЦІЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В. В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Загальна кількість звернень до служби екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі ЕМДтМК) станом за 2016 рік становить понад 170 тис., з них 13 тис. з приводу нещасних випадків, шоків, дорожньо-транспортних пригод, кровотеч та інших станів, що загрожують життю. Якість і обсяг надання медичної допомоги напряму залежить від кадрового і матеріально-технічного забезпечення, тому ми вважаємо дану тему актуальною.

Мета: Дослідити профільність, питому вагу викликів та виїздів бригади реанімації та інтенсивної терапії (далі БРІТ), її навантаження, матеріально-технічне забезпечення БРІТ та порівняти його із сучасними стандартами і можливість забезпечення населення якісною медичною допомогою.

Матеріали та методи: Облікові документи та статистичні показники діяльності Вінницької станції ЕМДтМК за даними «Звітів станцій швидкої медичної допомоги за 2015-2016 рр.», затверджені наказом МОЗ України від 17.11.2010 р. №999. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 року № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» Зареєстровано Міністерством юстиції за № 1669/24201 від 17.10.2013. Проведено розрахунок та аналіз показників, що характеризують діяльність БРІТ, аналіз оснащення БРІТ. Використані аналітичний, статистичний методи і метод порівняльного аналізу.

Результати: Матеріально-технічне забезпечення та обладнання БРІТ відповідають сучасним вимогам та міжнародним стандартам. У 2016 р. дана бригада виконала 3874 виїзди, що складає 3,2% від усіх виїздів бригад екстреної медичної допомоги, та 29% від виїздів на нещасні випадки, шоків, дорожньо-транспортні травми, кровотечі та інші стани, що загрожують життю. В порівнянні з 2015 роком навантаження на бригаду зросло на 8,2%. Також варто зазначити, що з 2015 року до території обслуговування Вінницької станції ЕМДтМК додався Вінницький район (приблизно 80 тисяч населення), що, в свою чергу, підвищило навантаження на службу ЕМДтМК в цілому і, зокрема, на БРІТ.

Висновки: У розпорядженні Вінницької станції ЕМДтМК наявні п'ять санітарних реанімобілів класу «С», які відповідають всім сучасним вимогам. Проте наявна лише одна БРІТ, яка забезпечує лише 29% профільних викликів. На наш погляд, для надання населенню якісної медичної допомоги у повній мірі потрібно, як мінімум, ще дві таких бригади, які потрібно розмістити у першій та другій підстанціях.

Я.В. Бугай

НОВИЙ САРКОФАГ НА ЧАЕС – «УКРИТТЯ-2»

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.), В.В. Чорна (к.мед.н, викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Протягом 30 років ситуація на четвертому енергоблоці ЧАЕС була загрозливою в Україні в зв'язку з тим, що в зруйнованому реакторі продовжувалися неконтрольовані ядерні і хімічні (від горіння запасів графіту) реакції з виділенням тепла, з виверженням з розлому продуктів горіння радіоактивних елементів і зараження ними великих територій. Небезпека, в разі його обвалення, в основному визначається тим, як багато радіоактивних речовин знаходиться всередині. За офіційними даними ця цифра сягає 95 % від тієї кількості, яка була на момент аварії.

Мета: За даними літератури проаналізувати властивості нової споруди «Укриття-2», що дасть змогу перейти до робіт із демонтажу конструкцій, вилучення та подальшої утилізації паливовмісних і радіоактивних матеріалів.

Матеріали та методи: Теоретичний аналіз наукової та методичної літератури.

Результати: 200 тонн залишків ядерного палива, 43 тисячі кубометрів високорадіоактивних відходів, 630 тисяч радіоактивних відходів, а також 4 тонни радіоактивного пилу щонайменше століття будуть у надійних об'ємах конфайнменту щонайменше на 100 років. І все це буде виконувати новий саркофаг який має загальну вагу усього об'єкту з обладнанням - близько 31 тисячі тонн, із них металева основа і обшивка нового укриття важать близько 25 тисяч тонн. Основна споруда, що включає аркову конструкцію, проліт якої у напрямку північ-південь становить 257,44 м, висота 108,39 м, довжина 150 м. Покрівля нової захисної арки має два шари. Фінансування проекту забезпечували міжнародні донори, переважно ЄБРР, Європейська комісія та США і вартість його становило 2,15 млрд євро.

Щорічно зона відчуження обходиться українським платникам податків у 2 млрд гривень. У влади є плани скоротити такі витрати через повернення 30-км зони відчуження до господарського використання – для будівництва об'єктів сонячної генерації.

За останніми даними потужність першої станції може переважати 1 ГВт, що вдвічі більше усієї потужності сонячних станцій на території країни.

Висновки: Зусиллями та коштами інвесторів з багатьох країн Європи, США, нарешті вдасться забезпечити повну ізоляцію ядерного палива четвертого енергоблоку ЧАЕС на найближчі 100 років. Завдяки розробкам іноземних компаній Чорнобиль знову матиме змогу стати джерелом енергії для України.

А.Є. Бухштаб

КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗОРОВИЙ СИНДРОМ (КЗС) – ХВОРОБА XXI СТОЛІТТЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В. Шевчук (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність теми: за даними ВООЗ, зорові порушення мають близько 19 млн. дітей. В Україні проблеми із зором мають 20% дітей. Отже, дослідження даної теми є актуальним і слугує приводом для підтримки глобальних зусиль всесвітньої спільноти по профілактиці слабкості серед різних вікових категорій дітей.

Мета: вивчення впливу ПК та відеодисплейних терміналів (ВДТ) у дітей старшого шкільного віку на можливість ризику розвитку КЗС за умов порушень дотримання зорового режиму і гігієнічних вимог.

Матеріали та методи: аналіз науково-методичних джерел, моніторинг стану зору дітей у виділених групах, статистичні методи та методи аналізу і систематизації.

Результати: було проведено анкетування серед учнів 9-11 класів в кількості 103 осіб. Згідно аналізу анкет були отримані наступні результати: не зверталися за медичною допомогою до офтальмолога – 84 %, а зверталися – 16 %. За даними медичного огляду серед респондентів були такі, що мали проблеми із зоровими функціями і зоровим аналізатором одночасно – це 55,5%. А взагалі, погіршення зору в опитуваних становило 27%. Тривалість користування комп'ютером була такою: 1 рік - 4%; 2 – 14%; 3 роки – 28% і 4-5 років – 56%. При цьому щоденна тривалість часу роботи за комп'ютером становила – 30 хв – 8%; 1 год – 27%; 2 год – 38% і більше 2 год – 27%. Більшість респондентів не робили перерви між заняттями, але з перервами 20 хв працювало 20%, 30 хв – 18%, 1 год – 16%. При оцінці положення монітору в респондентів виявлено: прямо перед очима розташовано лише у 79% респондентів, зміщені в сторону відносно очей у 9%, перпендикулярно відносно стола у 8% та нахилені – у 4%. Захисними окулярами зовсім не користується 85% дітей, інколи їх використовують 7%, а лише 8% користується постійно.

У 46% учнів виникало відчуття дискомфорту після роботи за ПК, а саме: наявність стороннього тіла в очах – 6%, сухість очей – 10%, почервоніння – 16%. Сухість очей залишилася у 6%, почервоніння зменшилося до 10%. Також після нічного сну дискомфорт залишається. Доказом розвитку КЗС у респондентів є нові симптоми, такі як відчуття півки на очах – 5%, свербіж очей – 7%, виділення в кутиках – 13%, зміна кольорового сприйняття – 5% і погіршення зору – 9%. Симптоми, які були до цього часу, за час відпочинку також не зникли.

Висновки: досліджено вплив ПК та ВДТ на стан роботи зорового аналізатора у 103 дітей – учнів 9-11 класів. Визначено основні фактори впливу на стан: ненормований час роботи за ПК у 27% респондентів, недотримання гігієнічних вимог при роботі за комп'ютером у 14%, вплив специфічності екранного зображення моніторів ПК та ВДТ у 13% учнів.

Ю.О. Василець

РАННЯ ІНТУБАЦІЯ ПРИ ЗУПИНЦІ КРОВООБІГУ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к.псих.н., доц.)

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

Актуальність. Переваги догоспітальної інтубації серед осіб, у яких на догоспітальному етапі виникла гостра зупинка кровообігу, не в повній мірі вивчені.

Мета: Визначити, чи долікарняні спроби інтубації пов'язані з відновленням спонтанного кровообігу і виживанням серед осіб, в яких виникла гостра зупинка кровообігу.

Матеріали та методи. Аналіз закордонних літературних даних на ресурсі Academic Emergency Medicine.

Результати. За даними джерел літератури, встановлено зростання часу на місці події на 6,5 хв. ($p=0,0001$) надання медичної допомоги лікарями на місці події в Монреалі. Затримка часу догоспітального етапу надання допомоги була спричинена введенням препаратів (5,7 хвилин; $p=0,0001$), налагодження внутрішньовенного (в\в) доступу (6,6 хвилин; $p=0,0001$) та накладання протишокового одягу (9,3 хвилини; $p=0,05$). Ця затримка призводила до зростання загального часу догоспітального етапу та асоціювалась зі зростанням коефіцієнту

смерті в 2,5 рази ($p=0,009$). Високий рівень затримки часу на догоспітальному етапі, невиправдане забезпечення в/в доступів та інтубації на місці події у постраждалих з превентивними смертями спостерігається в системах, де відсутні будь-які керівництва, алгоритми або протоколи лікування для медиків, що надають медичну допомогу на місці події. В Північній Кароліні рівень успішних реанімацій у не заінтубованих пацієнтів був у 2,3 рази більше, ніж у заінтубованих. При цьому кінцевий рівень виживання був у 5,5 разів більше у не заінтубованих пацієнтів, в порівнянні з інтубованими.

Висновки: Дані джерел літератури вказують на негативний зв'язок між долікарняною ендотрахеальною інтубацією і виживанням при позагоспітальній зупинці кровообігу. Згідно отриманих даних, смертність осіб які не були заінтубовані більша, ніж не заінтубованих.

Таким чином, інтубація зумовлює численні і тривалі затримки у проведенні серцево-легеневої інтубації. В подальшому необхідно провести дослідження для оцінки потенційних причин закримки часу проведення інтубацій.

Ю. О. Вітрова

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОПТОЗУ ШЛЯХОМ АУСКУЛЬТОФРИКЦІЇ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

С. П. Колісник (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Опущення внутрішніх органів (вісцероптоз, спланхноптоз) – стан, який часто виникає при ослабленні м'язів передньої черевної стінки, тазового дна та дисплазії сполучної тканини. Гастроптоз є поширеною проблемою, може супроводжуватися диспептичними розладами, важкістю в шлунку, больовим синдромом. Цей стан потребує профілактики та корекції на ранніх етапах, оскільки може стати причиною важких функціональних, а згодом, органічних змін. Основним методом діагностики вважається рентгенографія з контрастом. Для експрес-діагностики потрібен неінвазивний метод, який, водночас, був би безпечним, зручним, низьковартісним і дозволяв на ранніх стадіях проводити скринінг, виявляти контингент ризику щодо розвитку вісцероптозу.

Мета: розробити методику визначення нижньої межі шлунку методом аускультофрикції, дослідити її діагностичні можливості щодо виявлення вісцероптозу.

Матеріали та методи: До розроблення методики були залучені 36 практично здорових добровольців віком 17-26 ($21,56 \pm 1,07$) років. Протягом п'яти днів проводили дослідження з визначеними об'ємами негазованої прісної води з дискретністю 50 мл, а на наступні дні по 100, 200, 400 і 500 мл відповідно, вимірюючи після кожної порції нижню межу шлунку методом аускультофрикції (кістковим орієнтиром була основа мечоподібного відростка). Після досягнення об'єму 500 мл проводилося вимірювання часу, за який нижня межа шлунку піднімається до вихідного рівня.

Результати: В результаті дослідження виявлено, що у практично здорових добровольців мінімальна кількість води, при якій відмічається опускання нижньої межі шлунку становить 200 мл, максимальна кількість води, після якої шлунок вже не опускається – 400 мл. Найбільш оптимальна кількість води на один прийом – 100 мл. Використання порцій по 50 мл води є недоцільною, оскільки за період проведення тесту частина рідини буде евакуйовуватися, що впливає на результати тесту. Прийом рідини порціями понад 200 мл у більшості випадків супроводжується дискомфортом.

Висновки: Аускультофрикція є простим, інформативним та безпечним методом для експрес-діагностики гастроптозу. Вона дозволяє оцінити синтопію шлунку, стан його зв'язкового апарату, евакуаторно-моторну функцію. Може використовуватись для динамічного спостереження та оцінки ефективності лікування та реабілітації.

К. М. Вудвуд

НАЙРОЗПОВСЮДЖЕНІШІ ТРАВМИ У ВОЛЕЙБОЛІСТОК ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Ю. І. Якушева (к.б.н., ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Травми у волейболі трапляються відносно рідко, але все ж трапляються. У сучасному світі волейболу важливо знати які це травми, як їх правильно лікувати і, особливо, як попередити їх виникнення.

Мета: описати найрозповсюдженіші травми у волейболі та визначити їх основні причини та механізм виникнення.

Матеріали та методи. Систематизовано дані при обробці матеріалів стосовно травм, що трапляються у волейболі (Левець В. М., Лінько Я. В. Спортивна травматологія. Навчальний посібник//Олимпийская литература. 2008; Спортивні травми. Клінічна практика запобігання і лікування. Під заг. ред. Ренстрьома П. А.

Ф. Х. Київ, «Олімпійська література», 2003). Використала дані досліджень Augostsson, Verhagen, Bahr для визначення локалізації травм.

Результати. Визначено локалізацію травм у волейболі: найчастіше волейболістки травмують гомілково-п'яtkово-надп'яtkовий суглоб, на другому місці - травма пальців рук і кисті, завершують ряд травми коліна і плечей. Часто зустрічаються простіші травми. Це такі, як забій, вивих суглобів, розтягування, потертості, судоми м'язів, розриви сухожилків. При проведенні спостережень виявлено основний механізм травмування у волейболі. Травми виникають в першу чергу при атаках і постановці блоків. Гра в безпосередній близькості до сітки найбільш сприятлива для травмування. Виявлено, що найрозповсюдженішими травмами у волейболі є пошкодження обертальної манжети плеча, підлопаткова невropатія, спонділоліз, тендиніт зв'язки надколінка, пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки (ПКС), захворювання Осгуда-Шлаттера, розрив зв'язок гомілково-п'яtkово-надп'яtkового суглоба.

Висновки. Ознайомилась з усіма видами травм у волейболі та основними принципами їх профілактики. Досліджено, що найрозповсюдженішими травмами у волейболі є травми плеча, коліна, пальців, гомілково-п'яtkово-надп'яtkового суглоба. Серед основних механізмів виникнення травм у волейболі виділено: намулювання, удари, перевищення фізіологічних обсягів руху, вплив стану інвентарю, приміщення та організації тренувального процесу. Визначено основні плюси у волейболі. Волейбол несе більше користі для здоров'я, ніж травми, які виникають у цьому виді спорту.

Я.В.Габорець

ЗМІНИ ІМУНОБІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ СПОРТСМЕНІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛАФЕРОБІОНУ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Є.І.Іванова (викл.)

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

Актуальність: Численні дослідження свідчать, що значні фізичні навантаження і психоемоційна напруга призводять до порушення здоров'я та зниження спортивних результатів спортсменів за рахунок виникнення дисфункції імунної системи і порушення гомеостазу вцілому. На ряду з цим нормальне функціонування імунної системи залежить і від гармонійної роботи імунокомпетентних органів і тканин. У зв'язку з цим вибір імуностимуляторів, які використовуються для профілактики та корекції вторинних імунодефіцитів, що розвиваються в умовах сучасного спорту, обумовлений їх здатністю впливати на екстраімунні механізми регуляції процесу імунологічної адаптації.

Мета: Вивчити вплив імуностимулятора лаферобіону на гомеостаз організму, імунологічні та біохімічні показники крові, при дії фізичного та психоемоційного навантаження у практично здорових людей та спортсменів різного рівня підготовки ігрових видів спорту.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій за період 2010-2016 р. з ресурсу PubMed, репозитарію бібліотеки ВНМУ, група волонтерів у складі 45 осіб.

Результати: У дослідженні вивчалися біохімічні показники периферійної крові: концентрація іонів K⁺, Na⁺, Cl⁻ та білку церулоплазміну. Досліджувалися наступні показники: кількість лейкоцитів, лейкоцитарна формула, відносна та абсолютна кількість нейтрофілів, моноцитів, Т-лімфоцитів усіх популяцій та В-лімфоцитів за методом моноклональних антитіл. У дослідженні брали участь група волонтерів у кількості 45 чоловік, розділених на групи по 15 осіб: 1 група – здорові люди (контрольна); 2 група – спортсмени, що замість імуностимулятора приймали фізіологічний розчин (плацебо); 3 група – спортсмени, які приймали лаферобіон (експериментальна). Лаферобіон і фіз.розчин приймали 7 днів 2 рази на день у формі спрею. Використання лаферобіону супроводжувалось збільшенням кількості лімфоцитів за рахунок збільшення кількості Т-хелперів і Т-супресорів Було виявлено достовірне зниження індексу імунорегуляції на 8,97%. Відносно неспецифічного імунного захисту спостерігалось зниження абсолютного числа лейкоцитів, і абсолютної кількості нейтрофілів на 0,31×10⁹/л. Відбувалося достовірне підвищення вмісту IgG, зі зниженням IgA і IgM, в крові також зростає кількість церулоплазміну, концентрація іонів Mg²⁺, тоді як вживання спортсменами фізіологічного розчину як спрей в ніс практично не викликало змін імунобіохімічних показників.

Висновки: Вживання лаферобіону спортсменами носить імунореабілітаційний характер. Зростання загальної кількості Т-лімфоцитів характеризує підвищення захисних функцій організму, а підвищення концентрації іонів Mg²⁺ та білку церулоплазміну вказує на збільшення антиоксидантної активності, що сприяє активації імунної системи.

А.О. Геренко, Д.Ю. Салій
**НЕОБХІДНІСТЬ ВИВЧЕННЯ СТУДЕНТАМИ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА
САМООЦІНКА ЇХ РЕЗУЛЬТАТІВ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
В.С. Тарасюк (проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вторгнення російських військ на східну частину території України, примінення сучасних видів озброєння та випробовування агресором їх на військовому та цивільному населенню нашої держави, показало що тисячі людей полягли на полі бою і в своїх домівках. Велика частина із них загинула від несвоєчасного, інколи невмілого, надання першої медичної допомоги. Ось чому вивчення цієї дисципліни стало першочерговим і ключовим завданням професорського-викладацького складу кафедри медицини катастроф та військової медицини.

Метою нашого дослідження було вивчення знань та вмінь надання першої медичної допомоги після проведеного захисту модуля по цій дисципліні, оцінка викладачами та оцінка студентами вивченого матеріалу, недоліки якої виникли у навчальному процесі.

Матеріали і методи: В основу аналізу засвоєння матеріалу першої медичної допомоги лягла оцінка знань фіксованих у журналах, а також розроблених відкритих анкетах.

Ініціативна група II курсу медичного факультету розробила анкети з рядом питань доступних для відповідей. Було проведено анкетування серед 120 студентів денного факультету. Оскільки не всі студенти відповіли на певний перелік питань, для обробітки даних залишилось 100 респондентів. Для створення бази викладачі кафедри організували 2 зали та 1 кабінет, із всім необхідним для відпрацювання практичних навичок з надання першої медичної допомоги. Застарілу літературу замінили методичними розробками та матеріалами із тактичної медицини. Різний підхід до виконання навичок корегувався засіданням викладачів до вироблення єдиного підходу із вивчення та виконання навичок.

Результати досліджень: Аналіз анкет дав можливість виявити, що більшість студентів (75.8%) враховують і шанують досвід викладачів та традиції кафедри і брали б за основу для порівняння навчання з іншими кафедрами університету. Рівень викладання дисципліни відповідає їх очікуванням (77.14%). Із відпрацьованих практичних навичок, 62% студентів вдавалось засвоїти їх на занятті, тобто виконувати навички самостійно. Значна кількість студентів 42.5% відвідували кафедру позаурочно, щоб краще засвоїти та виконувати алгоритми навичок. Порівнюючи з іншими кафедрами, де торкалось питання надання першої медичної допомоги у 96.5% відповідей студенти поліпшили свої знання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини. Однак, питання зупинки кровотечі на різних ділянках тіла опитаних 33.4% студентів наполягли б на повторенні і майже половина (49.4%) студентів вважають, що кафедра недостатньо укомплектована засобами, матеріалами для відпрацювання практичних навичок.

Висновок: Результати оцінювання знань та вмінь студентів викладачами майже співпадають із самооцінкою опитаних, однак виникло багато проблем, які потрібно вирішувати колективу кафедри. Зокрема, питання вивчення зупинки кровотечі залишається основним як на полі бою(гинуло до 77%) так і у навчанні студентів. Для цього потрібно покращувати матеріально-технічну базу кафедри, виділити більше часу для теми із кровотечами.

В.О. Гикава, Ю.О. Каліновська
ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кафедра нормальної фізіології людини
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Л.Л.Хмель (ст. викл.), В.В. Чорна (к.мед.н., викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Стрімкий розвиток сучасної науки і техніки зумовлює впровадження комп'ютерних технологій в усі сфери людської діяльності, використання яких набуває неконтрольованого характеру. Аналіз даних, що характеризує появу хвороб серед дітей та підлітків свідчить про розвиток стійкої тенденції до погіршення стану здоров'я серед дітей шкільного віку: збільшується ризик розвитку хронічних захворювань, появи психічних відхилень, порушень поведінки та багатьох важливих фізіологічних процесів.

Мета: Вивчення впливу комп'ютерних ігор на самопочуття школярів, оцінка морфофункціональних та психофункціональних змін в організмі школярів під час різних комп'ютерних ігор, визначення ступеня ризику розвитку комп'ютерної залежності.

Матеріали та методи: Анкетування підлітків, проведення психофункціональних та психологічних досліджень, лабораторне визначення вмісту адреналіну в сечі школярів.

Результати: Нами досліджено вплив комп'ютерних ігор на функціональні показники організму дітей. Результати свідчать про те, що активні комп'ютерні ігри сприяють виникненню перезбудження, емоційно-вегетативного напруження, фізіологічного і нервового виснаження. Під впливом ЕМП, що генерує працюючий комп'ютер, виникає стимуляція симпато-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової систем, що призводить до збільшення вмісту адреналіну в сечі та активацію процесів згортання крові. Доведено негативний вплив комп'ютерних ігор на функціональний стан організму дітей та формування під їхнім впливом дисгармонійних станів, розроблені методи їх діагностики, оцінки та ефективність профілактики.

Висновки: Виявлені суттєві зміни у діяльності серцево-судинної системи під впливом комп'ютерних ігор з нав'язаним ритмом («Counter-Strike», «GTA»), які характеризуються інтенсивним виключенням психічних функцій, що вказує на їх адаптивний вплив на організм граючих. Встановлено зниження показників точності та продуктивності праці. Комп'ютерні ігри призводять до формування агресивних тенденцій особистості, що підтверджено тестом Баса-Дарки. Встановлено тісний зв'язок між тривалістю гри в день, її частотою на тиждень та змінами психофункціонального стану дітей (ЧСС, АТ, адреналін в сечі, ХОК, індексів агресивності та ворожості).

Д. В. Головін, М. І. Антонюк

ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МАЛООБ'ЄМНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ІНФУЗІЇ ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОВТРАТІ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (к.м.н., доц.), В.М. Сивак (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Головне для рятунку життя пораненого з гострою крововтратою – це швидка і надійна зупинка кровотечі.

У поранених з масивною крововтратою, які знаходяться в критичному стані, складні реконструктивні операції на судинах раціонально та необхідно проводити лише після відновлення гемодинаміки. Відновлення гемодинаміки після зупинки гострої крововтрати запобігає зупинці пустого серця та позитивно впливає на загальний стан хворого. Відновлення проводиться за допомогою інфузії кристалоїдних та/або колоїдних розчинів, які мають ряд плюсів та мінусів.

Концепція малооб'ємної гіпертонічної інфузії має наукове підґрунтя яке заключається у властивості гіпертонічного розчину підвищувати осмотичний градієнт між кров'ю та міжклітинним простором. Також доведений позитивний вплив малооб'ємної гіпертонічної інфузії на ендотелій судин.

Швидкість та кількість введення гіпертонічного розчину, позитивний вплив на гемодинаміку, можливість раннього використання, збільшення розвантаження підрозділів, військових медиків – неоцінна корисність, що визначається можливістю використання концепції малооб'ємної гіпертонічної інфузії на ранніх етапах евакуації.

Мета: Мета роботи— оцінка можливостей малооб'ємної гіпертонічної інфузії з позиції відновлення гемодинаміки на ранніх етапах евакуації в умовах бойових дій при гострих крововтратах. Порівняння плюсів та мінусів концепції малооб'ємної гіпертонічної інфузії та наявних методів відновлення гемодинаміки на ранніх етапах евакуації.

Матеріали та методи: Об'єкт дослідження – відновлення гемодинаміки при гострих крововтратах в екстремальних умовах та раціональність вибору засобів для неї. Статистичні дослідження американських військових лікарів та вчених (U. Kreimeier et al 1994; E. Rivers, I. Velasco et al 1980), єдиної загальнодоступної наукової бази досліджень НАТО.

Результати: Статистичні результати вчених (U. Kreimeier et al 1994; E. Rivers, I. Velasco et al 1980 та ін.) доводять доцільність та перспективність використання МГІ у хворих з гострою крововтратою. «До МГІ у хворих спостерігалось виражене зниження показників гемодинаміки, сатурації венозної крові по кисню, олігурія. Інфузія МГІ і колоїда приводила у всіх хворих до швидкого, через 10—15 хвилин, збільшення АТ до рівня, який через 30 хвилин відповідав нормі EGDT» (U. Kreimeier et al 1994). Використання МГІ на ранніх етапах евакуації забезпечує швидке відновлення гемодинаміки, що має неоцінну важливість для спасіння життя потерпілого та для подальших складних реконструктивних операціях на судинах.

Висновок: Проведенні дослідження, збір і вивчення статистики показують можливість включення МГІ в стартовий етап ранньої евакуації хворих з гострою крововтратою.

Кінцевий результат та ефективність такого підходу будуть визначатись не тільки швидким усуненням гіпотензії, а і відновленням електролітного балансу, що позитивно позначиться на одужанні хворого.

М.О. Гончаренко, А.В.Благая, А.Ю. Рассолова
**ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ВМІСТУ НІТРАТІВ В ПЛОДООВОЧЕВІЙ ПРОДУКЦІЇ, ЯКА РЕАЛІЗУЄТЬСЯ
В М. ЧЕРКАСИ**

Кафедра гігієни та екології
В.Г.Бардов (д.мед.н., проф.)
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м.Київ, Україна

Актуальність: Профілактичний підхід до збереження здоров'я є задекларованим у стратегіях розвитку нашої держави. Але фактичне виконання положень державних програм залишається на низькому рівні не в останню чергу через мораторій на проведення санітарного нагляду, в т.ч. за якістю харчових продуктів.

Плодоовочева продукція у відповідності до загальних положень раціонального харчування повинна становити значну частку добового раціону людини. Але інтенсифікація агропромислових технологій вирощування сільськогосподарських продуктів може призвести до забруднення врожаю різними сполуками, такими як пестициди і добрива. Основними джерелами надходження нітратів в організм людини є продукти рослинного походження (від 58,7 до 86 % добового надходження нітратів припадає на овочі) .

Мета: Гігієнічна оцінка вмісту нітратів в плодоовочевій продукції, яка реалізується в м. Черкаси

Задачі: Провести відбір зразків плодоовочевій продукції. Дослідити відібрані зразки плодоовочевої продукції на фактичний вміст нітратів. Проаналізувати отримані дані.

Матеріали і методи дослідження: Методи санітарної експертизи, експрес-аналізу і прямої потенціометрії з допомогою нітратселективного електроду (мікропроцесорний рН іонометр рН-410(Аквілон), статистичні методи використано в дослідженні. Матеріалами були зразки плодоовочевої продукції (капуста білокачана, буряк столовий, цибуля ріпчаста, томати ґрунтові, кавуни, дині). Допустимі рівні (ДР) вмісту нітратів, мг/кг, не більше ніж: капуста – 500; буряк столовий – 1400; цибуля ріпчаста – 80; томати – 150; кавуни – 60; дині – 90).

Результати дослідження: Фактичні рівні вмісту нітратів: капуста – 80-500 мг/кг (290 ± 55 мг/кг); буряк – 1000-1500 мг/кг ($1050,5 \pm 137,5$ мг/кг); цибуля – 7,5-70 мг/кг ($38,8 \pm 27,1$ мг/кг); томати – 15-300 мг/кг ($63,5 \pm 3,8$ мг/кг); кавуни – 40-57 мг/кг ($48,5 \pm 3,4$ мг/кг); дині – 30-80 мг/кг ($55,0 \pm 5,2$ мг/кг). Встановлено перевищення ДР вмісту нітратів в окремих зразках буряку столового, який є харчовим продуктом широкого вжитку в традиційному харчуванні населення України.

Висновки: За результатами досліджень встановлено, що вміст нітратів в плодоовочевій продукції м. Черкаси в окремих зразках перевищував ДР. Зазначене вказує на необхідність систематичного санітарного нагляду за якістю харчової продукції, що призначена для споживання людиною з метою уникнення ризиків негативного впливу на здоров'я населення.

В.М. Гончарук
СПОРТИВНИЙ ТРАВМАТИЗМ У СПОРТСМЕНІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК
В.В. Качан (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед усіх видів травм на долю спортивного травматизму припадає 2% всіх травм. Там, де профілактика спортивного травматизму організована незадовільно, відсоток травм, одержаних на заняттях, значно вищий. Загальну масу спортивних пошкоджень складають удари та розтягнення (до 80%). Характерним для спортивного травматизму є залежність виду травми від спортивної спеціалізації. Понад 80% спортсменів після травми не тільки зберігають працездатність, але й в змозі частково проводити тренування. Разом з тим, при важких травмах, а в деяких випадках при травмах середньої складності, щоб уникнути важких наслідків, тренування необхідно припинити. Проведення тренування без дозволу лікаря може супроводжуватись розвитком ускладнення або переходом захворювання у хронічну форму.

Мета і завдання: 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 постійно збільшується і в даний час набула загрозливих розмірів. При розподіленні спортивного травматизму по видам травм, деякі автори визначили, що за період від 1997 до 2002 року збільшилася кількість травм м'яких тканин, а саме: ударів суглобів, пошкоджень м'язів, сухожилів, вивихів порівняно з переломами кісток. Метою дослідження є визначення причин травм спортсменів та шляхи їх профілактики, заходів по запобіганню травматизму. Завданнями даного дослідження є аналіз статистичних даних випадків спортивної травми при заняттях різними видами спорту, на основі яких, ми маємо можливість визначити причини виникнення цих травм та визначити профілактичні засоби для запобігання спортивного травматизму.

Висновки: Причиною травм може бути порушення санітарно – гігієнічних умов в спортивних спорудах, неякісний спортивний інвентар та обладнання. Ускладнення спортивних травм викликається відсутністю

кваліфікованої допомоги в перші хвилини і навіть секунди після виникнення травми. Елементарні знання, навички, своєчасна допомога потерпілому може значно покращити його стан або навіть врятувати життя. Лікування та реабілітація повернуть спортсмена до попереднього стану. Профілактика травматизму повинна передбачати діяльність в декількох напрямках: організаційному, матеріально-технічному, медико-біологічному, психологічному, спортивно-педагогічному. У кожному з них приховані як фактори ризику, так і великі можливості профілактики спортивного травматизму, швидкого та ефективного лікування спортивних травм, реабілітації після них, підвищення ефективності спортивної підготовки.

О.В. Горошинська, О.Ю. Шишов

ОСОБЛИВОСТІ ГІГІЄНИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЖИТТЯ ТА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

Кафедра гігієни та екології
Л.І. Краснова (к.мед.н., доц.)

Вінницький Національний Медичний Університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гігієна дітей передбачає встановлення стандартів, необхідних для розвитку і навчання не тільки здорових дітей, а й тих, що потребують особливих умов утримання, пов'язаних із певними відхиленнями у психофізіологічному розвитку. До їх числа належать діти з розладами спектру аутизму. Не дивлячись на те, що в Україні на законодавчому рівні передбачені санітарно-гігієнічні умови щодо їх забезпечення (Наказ МОЗ 120.02.2013 № 144, № 410/22942), на практиці ці норми не завжди реалізуються.

Мета: По даним МОЗ в Україні офіційно проживає 3200 людей з розладами спектру аутизму, і кожного року їх кількість збільшується, тому ми вирішили вивчити особливості забезпечення навчального процесу дітей-аутистів у Вінниці (освітлення, звукоізоляція, планування навчальних кімнат, перебіг навчального процесу) та порівняти їх з нормативними даними; вивчити утримання та побут дітей-аутистів вдома, оцінити їх відповідність санітарно-гігієнічним нормам, встановленим державою.

Матеріали та методи: Опрацювання наказу МОЗ про «Гігієнічні вимоги до улаштування, утримання і режиму спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, та навчально-реабілітаційних центрів» від 20.02.2013 № 144. Опитування батьків дітей-аутистів. Вивчення умов перебування дітей з розладами спектру аутизму, що мають ключовий вплив на їх стан та розвиток (рівень освітлення, шуму, планування кімнат і навчальних класів в реабілітаційних центрах і навчально-виховних закладах для дітей-аутистів).

Результати: В ході дослідження ми з'ясували, що у м. Вінниці створені та існують такі реабілітаційні центри для дітей з функціональними обмеженнями (в т.ч. з розладами спектру аутизму), як «Гармонія» і «Промінь». На території Вінниці працює спеціальна загальноосвітня школа І-ІІ ступенів з дошкільним відділенням. Навчання дітей-аутистів також проводиться в загальноосвітній школі І-ІІІ ступенів № 10, де для них створена спеціальна резервна кімната.

Висновки: На даний момент на території Вінниці існує задовільна реабілітаційно-навчальна база для дітей-аутистів. Санітарно-гігієнічні умови, в яких проводиться навчання і реабілітація дітей з розладами спектру аутизму, загалом відповідають вимогам для таких закладів. Негативним моментом є недостатнє їх забезпечення спеціалізованими медичними працівниками і педагогами, асистентами вчителів, а також відсутність або недостатній рівень індивідуального підходу під час навчання таких дітей, що в першу чергу не передбачено законодавством. Первинна діагностика, яка дозволила б виявити розлади спектру аутизму вже на ранніх строках розвитку дитини і якомога повніше їх компенсувати, на жаль, теж розвинена доволі слабо. Велика надія покладається на групу ініціативних батьків, які разом з волонтерами продовжують створювати і розробляти нові проекти щодо полегшення соціалізації таких дітей і забезпечення їх подальшого майбутнього.

Г.О. Горпенко, А.М. Євтушенко

ЇЖА ЯК ЧИННИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.), В.В. Чорна (к.мед.н., викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Здорове харчування разом з іншими умовами навколишнього середовища забезпечує оптимальний розвиток людського організму, його фізичну та розумову працездатність, достатньо високу опірність негативним чинникам, що необхідно при навчанні кожного студента.

Мета: Визначити характер, частоту прийомів їжі, якість (вживання фаст-фудів) серед студентів 2, 4, 5 курсів як вітчизняних, так і студентів-іноземців.

Матеріали та методи: Було проведено анкетування студентів 2, 4 та 5 курсів ВНМУ ім. М.І.Пирогова.

Результати: Після проведення опитування серед студентів встановлено зв'язок між вживанням неякісної їжі швидкого приготування (такої, як фаст-фуд) та зростанням захворюваності шлунково-кишкового тракту: серед

студентів 2-го курсу фаст-фуд вживають 84%, у зв'язку з цим спостерігається 38% скарг на біль та важкість; студентів 4-го курсу - 87%, із них зі скаргами 28% опитуваних, що вживають таку їжу; на 5-му курсі відповідно - 79%, скарги мають 28% студентів. Виявлена тенденція, що у студентів-старшокурсників з'являються вже такі захворювання як гастродуоденіт, панкреатит, виразка шлунку, які відсутні у студентів 2-го курсу, або складають дуже малий відсоток.

У студентів-іноземців біль і важкість перевищують відсотки україномовних студентів, так, наприклад, в україномовних студентів 2-го курсу у 38% з'являються скарги на біль та важкість, а у іноземних вже 53%; з діагнозом гастрит є 16% україномовних студентів, а у іноземних – 26% відповідно.

Висновки: Таким чином, за даними проведеного анкетування близько 600 студентів ВНМУ встановлено, що 70% харчується фаст-фудом, сухими пайками та їжею із магазинів, які є причиною виникнення різноманітних хвороб системи травлення та інших. Встановлено, що з кожним роком збільшується відсоток таких хвороб як гастрит у студентів 2-го курсу (16%), 5-го курсу - 24%, виразка шлунку на 2 курсі становить 3%, а на 5 – 6%, відповідно. Правильний, збалансований раціон надзвичайно необхідний кожній людині особливо студентам, для більшої продуктивності роботи та здорового способу життя.

Б.З. Гулюбов, Ю.М. Лях

ПЕРШІ ПІДСУМКИ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ «ХОСПІС» В 2016 РОЦІ НА БАЗІ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ №3 М. ВІННИЦІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О. В. Кузик (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хоспіс – це заклад охорони здоров'я особливого типу, фахівці якого одержали спеціальну підготовку та надають паліативну допомогу хворим, навчають членів їхніх родин доглядати та надавати медичну підтримку даним особам, здійснюють організаційно-методичну та консультативну допомогу, координацію надання первинної, загальної і спеціалізованої паліативної допомоги на закріпленій території. Сьогодні лише до 10% паліативних хворих мають доступ до адекватної допомоги у лікувальних закладах. Відкриття відділення «Хоспіс» на базі МКЛ №3 м. Вінниця – один із перших кроків на шляху до гідного догляду за кожним хворим, що потребує паліативної допомоги в м. Вінниці.

Мета: Проаналізувати діяльність відділення «Хоспіс» на базі МКЛ №3 м. Вінниця за 12 місяців роботи та оцінити його ефективність. Виявити проблеми у роботі відділення і запропонувати шляхи їх вирішення.

Матеріали і методи: В ході роботи було використано: звіт про роботу відділення «Хоспіс», матеріали Конституції України, Закони України, Накази МОЗ, постанови КМУ, що мають безпосереднє відношення до проблематики Паліативної допомоги в Україні.

Результати: За звітний період у відділення «Хоспіс» поступило 328 хворих, з них 199 виписано, 116 померло. Показник летальності склав 36,1%. У відділенні лікувалися пацієнти різних вікових категорій, з них 10 хворих віком 30-40 р. (3%), 16 хворих – 40-50 р. (4,87%), 59 хворих – 50-60 р. (17,98%), 85 хворих – 60-70 р. (25,91%), 98 хворих – 70-80 р. (29,87%), 52 хворих – 80-90 р. (15,85%), 8 хворих – більше 90 р. (2,43%). З них було виписано 8 хворих у віці 30-40 р. (4%), 8 хворих – 40-50 р. (4%), 34 хворих – 50-60 р. (17%), 50 хворих – 60-70 р. (25%), 67 хворих – 70-80 р. (34%), 30 хворих – 80-90 р. (15%), 2 хворих – більше 90 р. (1%). З виписаних хворих переважали пацієнти із ЗНУ (злоякісними новоутвореннями) – 121 хворих (60%). З ІХС було виписано 21 хворий (10,55%), мозковим інсультом – 30 хворих (15,07%), ДЕП – 17 хворих (8,5%), ГПМК – 10 хворих (5%). 84 хворих (72,4%) померли від онкозахворювання, 9 хворих (7,7%) від гострого порушення мозкового кровообігу, 6 хворих (5,2%) від мозкового інсульту і залишкових явищ ГПМК, 11 хворих (9,5%) від ІХС, 6 хворих (5,2%) від інших захворювань. Серед причин смерті найчастіше зустрічалися ЗНУ легень (13 випадків), ЗНУ молочної залози (8 випадків). Відділенні «Хоспіс» розгорнуто на 30 ліжок. За 12 місяців роботи план ліжко-днів виконано на 66,7%. Середній ліжко день склав 21,2.

Висновки: З огляду на те, що відділення «Хоспіс» МКЛ №3 м. Вінниці працює лише один рік, неможливо порівняти показники роботи з попередніми роками, а також проаналізувати роботу відділення в динаміці. План ліжко-днів не виконаний, що зумовлено недостатньою інформованістю про функціонування відділення «Хоспіс» серед лікарів та хворих, особливо в I півріччі 2016 року, а також ментальністю пацієнтів на термінальних стадіях захворювання, за умови обмеженого прогнозу для життя, а також сумнівного прогнозу для одужання чи покращення стану. Шляхи вирішення даної проблеми передбачають поширення інформації про роботу відділення «Хоспіс» за сприяння ЗМІ, інформування лікарів відповідних галузей та проведення благодійних акцій.

А.В. Данилюк, М.М. Гурін

ЗНЕЗАРАЖЕННЯ ВОДИ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вода – одна з найголовніших речовин для організму. Одна людина в день повинна випити 30 мл/кг маси тіла приблизно 2.1 л. Щогодини вмирає 1 дитина, а що року вмирає $\approx 25\,000\,000$ людей через споживання забрудненої води.

Мета: Запропонувати власну схему знезараження води.

Матеріали та методи: Річкова вода, УФ-опроміювач, кисень, вугільний фільтр, коагулянт, компресор. Очищення проходить за власним методом, який є треступеневим – на першому та другому рівні – від фізичних забрудників, на останньому – від біологічних. На першій стадії відтворюється очищення води від завислих частинок, на другій стадії – коагуляція дисперсних фаз та осадження солей. Детальніше зупинимось на останньому етапі очищення. УФ-опромінення має сильно виражену протимікробну дію як і озон. Ми вирішили поєднати ці властивості : на 3 стадії вода проходить через канал, в якому з нижніх форсунок проникає кисень, а зверху він опромінюється ультрафіолетовими променями. Таким чином, ми отримуємо озон, який веде до загибелі бактерій і в додаток накладається дія УФ опромінення на мембрани бактерій. Також, вода насичується киснем, що є досить корисним, і має добрі органолептичні властивості.

Результати: Невикористання шкідливих хімічних речовин при очистці. Отримання абсолютно чистої води, насиченої киснем. Порівняно низькі економічні затрати з традиційним методом озонування, так як отримання озону вимагає більших економічних затрат, ніж вартість УФ-опромінення.

Висновки: Наш метод може слугувати, як альтернативний, для знезараження води.

М.В. Демянчук, О.Б. Вишинська

ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОГО ТРИКОРДЕРА ДЛЯ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ПАЦІЄНТА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.М. Подолян (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відомо, що XXI століття – це період стрімкого розвитку інноваційних технологій. Це справляє значний вплив на медичну сферу, а саме на покращення діагностики і лікування різних захворювань та їх гострих ускладнень. Майже кожен українець використовує смартфон, як засіб для мобільного зв'язку. Використання смартфона у поєднанні з медичним трикордером може покращити якість надання невідкладної медичної допомоги.

Мета: ознайомитись із використанням трикордерів для проведення первинного огляду пацієнта.

Матеріали та методи: Медичний трикордер Scanadu Scout — електронний гаджет медичного спрямування, який дозволяє визначати за короткий термін часу (до 10 секунд) деякі життєво важливі показники організму людини. Пристрій працює під 32-бітною оперативною системою RTOS Micrium від NASA, підтримує технологію Bluetooth 4.0. Його розмір не є більшим за звичну сірникову коробку, округлої форми, здатен отримувати і зберігати отримані дані, також передавати їх на смартфон своїх рідних чи лікаря станції невідкладної допомоги. Спеціально розроблені додатки для системи Android та iOS (Apple). Пацієнт притримує пристрій двома пальцями руки і фіксує його до чола. Результати будуть надіслані на смартфон пацієнта, використовуючи технології Bluetooth через 10 секунд. Трикордер Scanadu Scout вимірює 5 основних показників : частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, частоту дихальних рухів, оксигенацію крові, загальну температуру тіла.

Результати: Так, як перший медичний трикордер з'явився ще зовсім недавно в 2013 році, і, враховуючи високу ціну такого пристрою, в Україні більшість людей не знають про його існування. Проте, медичним працівникам слід інформувати хворих про існування такого гаджету, а особливо пацієнтів з хронічною патологією та високим ризиком розвитку гострих ускладнень.

Висновки: Застосування медичного трикордера значно підвищує ефективність первинного огляду і діагностики патології потерпілого і пришвидшує надання невідкладної допомоги пацієнту з ознаками розвитку шоку, отруєння речовинами різної хімічної структури, клінічної смерті, та інших.

А.В. Дениско
**АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ВІЛ/СНІД
ІНФЕКЦІЮ В ПОТОЧНОМУ РОЦІ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
А.В. Дерезюк (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: проблема ВІЛ/СНІД інфекції займає одне з провідних місць у структурі захворювань України та світу. За даними ВООЗ у світі з ВІЛ-інфекцією живе близько 37 мільйонів людей. З 1987 по січень 2017 р. офіційно зареєстровано 298 785 випадків ВІЛ- інфекції серед громадян нашої країни. У тому числі 93 662 випадків СНІДУ. 41 979 смертей від захворювання. Станом на 01.01.2017 р. під медичним наглядом перебуває майже 133 000 ВІЛ-інфікованих осіб.

Мета: проаналізувати захворюваність на ВІЛ/СНІД інфекцію в Україні, найпоширеніші шляхи інфікування, динаміку показників в 2016 - 2017 р.

Результати та методи: аналіз даних ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України.

Результати: у 2016 р. в Україні кількість зареєстрованих інфікованих осіб збільшилась і становила 17 066 (проти 15 869 у 2015). У січні 2017 року було зареєстровано офіційно 1 361 випадок ВІЛ-інфекції серед українських громадян. Найвищі показники у Дніпропетровській (322 випадки), Одеській (182), Донецькій (151) області та м. Київ (125). Найнижчі цифри у Чернівецькій (5) та Вінницькій (6). Показники захворюваності у лютому 2017 року зросли і становлять 1 688 офіційно зареєстрованих випадків. Кількість виявлених осіб зросла у Дніпропетровській (341 випадок), Вінницькій (27), Запорізькій (74 у порівнянні з січнем [39]), Кіровоградській (було 32 , а станом на лютий 66), Луганській (26 [13 у січні]), Миколаївській (січень - 59. лютий - 113) та Сумській (збільшилось з 8 до 24) області. Зменшення числа випадків спостерігається у Донецькій (було 151. стало 116), Харківській (43, було 55) областях. Найвищі показники смертності від СНІДУ спостерігаються у Дніпропетровській (2.5 на 100 тис.населення) області. Серед шляхів зараження домінує статевий (1 889 випадків). При введенні наркотичних речовин парентерально становить 663 зараження за січень-лютий 2017р.

Висновок: в період за січень-лютий поточного року офіційно зареєстровано 3 049 випадків ВІЛ-інфікування серед українського населення. Зростання рівня захворюваності перш за все пов'язане з погіршенням соціально-економічної ситуації в країні, проведенням антитерористичних операцій в східних областях. Темпи приросту смертності зростають і в порівнянні з 2015 р. у 2016 збільшилися на +7,3%. Основною причиною смерті є туберкульоз (52 % серед осіб, померлих від СНІДУ). Активність епідемії ВІЛ-інфекції в Україні продовжується також за рахунок прихованого компоненту. Оскільки щорічно майже третина ВІЛ-позитивних осіб залишається поза медичним наглядом (у 2016 р. - 26,4%). З метою зменшення показників захворюваності і смертності необхідно розширювати арсенал засобів і забезпечувати хворих антиретровірусною терапією, а також підвищувати соціально-освітній рівень українців.

Я.В. Джадан
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Кафедра загальної гігієни та екології
Т.І. Гончарук (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворюваність на злоякісні пухлини безперервно зростає. Щорічно в світі реєструється близько 6 мільйонів нових випадків. На сьогоднішній день безліч вчених висувають ідеї щодо пригнічення росту пухлини дієтотерапією. На перший погляд простий, але високоефективний метод може в майбутньому стати панацеєю в боротьбі з раком.

Мета: Вивчення наукової літератури та розробка профілактичних рекомендацій щодо дієтотерапії.

Матеріали і методи: Опрацювання робіт відомих авторів (Корнеліуса Моермана та Отто Варбурга, 1931 р.), присвячених вивченню впливу харчування на профілактику виникнення та пригнічення росту злоякісних новоутворень.

Результати: Принцип дієти полягає у зменшенні надходження в організм глюкози – не більше 1г/кг ваги тіла, оскільки пухлина без глюкози стає більш уразливою та чутливою до дії хіміо- та променевої терапії. Нещодавні дослідження підтвердили наявність гену ТКТЛ-1 у хворих на рак, що змушує клітину інактивувати мітохондрії та переходити з режиму згорання в режим бродіння. Це пришвидшує процес метастазування. Тільки правильно складений раціон сприяє відключенню (знищенню) гену ТКТЛ - 1. Зокрема, омега - 3 жирні кислоти мають протизапальну та онкопротекторну дію, а омега-6 жирні кислоти, навпаки, провокують запалення, пригнічують імунітет та сприяють росту пухлини. Тому слід виключити з раціону соняшникову, гарбузову та кукурудзяну олії, натомість споживати лляну. Високоенергетичними є пальмова та кокосова олії, які

зменшують виснаження організму. Дієтотерапія також передбачає відмову від м'яса, збільшене вживання клітковини та вітамінів. Дозволяється: хліб із борошна грубого помолу, ячмінні, вівсяні висівки, домашній сир, бринза, яєчні жовтки, знежирене молоко, сметана, кефір (продукти, що відновлюють мікрофлору кишечника). Також ефективними є сік буряка, моркви, цитрусових. Заборонені продукти: риба, м'ясо, молюски, алкоголь, тваринний жир, бобові, сири з великим вмістом жиру й солі (Блю, Брі, Чеддер, Швейцарський), кокоси, чай, кава, яєчні білки, маргарин, гриби, картопля, рафінований цукор.

Висновок: Дієтотерапія в лікуванні раку застосовується віднедавна, але її використовують як доповнення до основних методів онкотерапії (хіміо-, променевої терапії, хірургії, імунотерапії), а також як самостійний метод для профілактики онкозахворювань та відновлення організму після основного лікування.

Н.В. Джевага

ТЕСТ-ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ БАЗАРНОГО МОЛОКА І МОЛОКА З СУПЕРМАРКЕТА М.ВІННИЦЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Вступ. Молоко - один з найцінніших продуктів харчування людини. За харчовою цінністю воно може замінити практично будь-який продукт, але жоден з них не може замінити молоко. Адже молоко містить всі необхідні для харчування людини речовини - білки, жири, вуглеводи, ферменти, вітаміни, мінерали, причому вони знаходяться в збалансованому співвідношенні і легко засвоюються організмом. Особливу цінність представляють білки молока, але не менш важливе значення має і жир. Молочний жир легко засвоюється організмом людини, а також містить вітаміни А і Д. Але вся ця користь тільки від справжнього натурального молока, а не від неякісного продукту.

Мета. Провести оцінку та порівняння якості ринкового молока і молока з супермаркету м.Вінниця.

Матеріали і методи дослідження. Для оцінки якості молока використано методи органолептичного, фізико-хімічного і мікробіологічного дослідження. Проведено аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури.

Результати дослідження. Схема тестування молока мала такий вигляд: оцінка органолептичних властивостей продукту, мікробіологічних та фізико-хімічних показників, в тому числі і пошук немолочного жиру. Закупівля молока проводилася у Вінниці на трьох ринках: «Вишенька», Центральний, «Урожай»; також в трьох супермаркетах: «Сільпо», «Грош», «АТБ». У тесті 6 зразків молока, 3 з яких упаковане молоко марок «Повна чаша», «Простоквашино», «Слов'яночка», і ще три зразка - молоко домашнє з ринків. Результати такі: всі три зразки базарного молока не відповідають гігієнічним нормам через наявність кишкової палички. Зразок молока з ринку «Вишенька» не відповідав за фізико-хімічними показниками через підвищену кислотність, що становила 23° Т (норма не більше 21° Т). Загальна кількість мезофільних аеробних і факультативно анаеробних мікроорганізмів (МАФАМ) у всіх трьох зразках перевищувала норму.

Молоко із супермаркету відповідало ДСТУ за всіма показниками.

Висновки. Порівнюючи молоко з супермаркету і ринкове молоко, за результатами дослідження перевагу слід віддати молоку з супермаркету, так як воно відповідає всім нормативним показникам, дотримується якість продукту: приймання та оцінка якості сировини, очищення від механічних домішок, гомогенізація, нормалізація за жирністю, теплова обробка, охолодження і розлив. Перш ніж купувати "домашнє" молоко на базарі, добре подумайте. А якщо все ж таки зважитесь купити, то дуже добре прокип'ятіть молоко перед вживанням.

В.М. Кондратюк, Р.М. Бектемірова, Т.О. Зайцева, Ю.Р. Дячок

ПРИДАТНІСТЬ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СПЛІНТ-РАН ЩУРІВ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ЗАГОЄННЯ В УМОВАХ ШТУЧНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ БАКТЕРІЯМИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. З початком бойових дій кількість травмованих військовослужбовців, що потребують хірургічної допомоги критично зростає. В зв'язку з цим, неабиякої актуальності набуває питання вивчення та створення методик з прискорення загоєння ран із застосуванням різних лікарських речовин та мікроорганізмів.

Метою нашого дослідження було встановлення переваг та недоліків використання моделі сплінт-ран у щурів для вивчення закономірностей загоєння контамінованих ран.

Методи та матеріали. Для даного експерименту було створено три групи з 18 щурів, одна з яких була контрольною. Кожна тварина знаходилась в окремій клітці і не контактувала з іншими. Були використані силіконові диски в якості сплінтів для утримування ран. Анестезія робилась інтраперитонеально, введенням лікарського препарату. Операційне поле голилось безпосередньо перед самим утворенням рани та оброблялось розчином повідон йоду та 70% етиловим спиртом. Анестезовану тварину вкладали на стерильну поверхню та за допомогою відповідних інструментів, на рівні лопаток, робились симетричні рани на повну товщину шкіри. Фіксували диски ціанокрилатним клеєм так, щоб з диска було видно краї рани. Для додаткового захисту диски

прошивались. Щоденно планово вводились в рани фізіологічний розчин або бактеріальний запис об'ємом в 0,1мл. Для захисту ран ми використовували напівпрозору плівку, що не контактувала з ранною. Стан кожної з ран щоденно реєструвався фотокамерою на відстані 30 см. З досліду тварин виводили передозуванням анестетика, попередньо взявши матеріал для відповідних досліджень.

Результати. Всі тварини в експеримент вводились одночасно. При проведенні дослідження були дотримані відповідні заходи щодо попередження потрапляння мікроорганізмів контамінованих тварин у рану контрольної групи. Однак, з двох контрольних ран було виділено збудник, який вносили як контамінант в дослідні групи. Також у тварин було помічено відклеювання дисків, за рахунок підростання шерсті та відторгнення лігатур. Саме через це втрачався натяг шкіри і краї рани сходились під впливом м'язів. Щоб цього уникнути нами проводилася повторна фіксація дисків. При фіксації диску до рани необхідно попередньо розтягнути шкіру, щоб уникнути зморшок під диском. Занадто зтягнуті вузли призводили до ішемії та швидкого прорізування шовного матеріалу. З вище вказаних причин деякі тварини були виведені з експерименту.

Висновок. Модель сплінт-рани є досить практичною та доступною методикою для загоєння ран, а також перспективною для досліджень ранозагоєння під впливом нових лікарських засобів та мікроорганізмів.

В.С. Зеленський

ПРОБЛЕМА МІГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УКРАЇНІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.В. Ігнашук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Запорукою якості медичної допомоги в будь-якій країні є людські ресурси. За даними Міністерства Охорони Здоров'я України показник забезпеченості лікарями-практиками, які безпосередньо надають медичну допомогу складає 26,8 на 10 тис. населення – стабільно знаходиться нижче середньоевропейського рівня. В останні роки спостерігається тенденція до збільшення масштабів міграції лікарів та інших медичних працівників за кордон. Європейські країни, які стикнулись з браком людських ресурсів в медичній галузі створюють сприятливі умови для українських лікарів, цінуючи їх знання, досвід та навички.

Мета: Проаналізувати ситуацію з міграцією медичних кадрів, визначити що спонукає молодих і перспективних лікарів, випускників вищих навчальних медичних закладів (ВНМЗ) їхати за кордон для працевлаштування.

Матеріали і методи дослідження: Проведено опитування за допомогою онлайн-анкети 316 студентів ВНМЗ України серед яких: ВНМУ - 76% КНМУ - 7% ЗДМУ - 9% ЛНМУ - 8%, середній вік опитуваних склав: 21±1 рік. Серед них 65,9% - жінки, 34,1% - чоловіки. Анкету заповнило 10 студентів 1 курсу, що склало 3,2% опитаних; 3 студентів 2 курсу - 1%; 36 - 3 курсу - 11,4%; 91 - 4 курсу - 28,9%; 111 - 5 курсу - 35,2%; 64 - 6 курсу - 20,3%.

Результати дослідження: В результаті проведеного дослідження встановлено, що остаточно визначились зі своєю майбутньою спеціалізацією - 35,2% опитаних, ще вагаються - 51,1%. Серед факторів, що могли б утримати їх на робочих місцях наші респонденти зазначили: висока заробітна плата - 39,5%; комфортні умови праці - 39,2%; гарантоване забезпечення житлом - 28,3%. Ні за яких умов в село не бажають їхати 28,7 % опитаних студентів. Враховуючи таке ставлення випускників ВНМЗ до майбутньої роботи лише 68,8% планують працювати лікарем в державних медичних закладах, близько половини - 47,7% - лікарем в приватних медичних установах, 3% респондентів бажають працювати медичним/фармацевтичним представником, і 3% взагалі не бажають пов'язувати своє життя з медициною. Високий рівень незадоволеності умовами праці, низькі заробітні плати та економічна криза в країні змушують лікарів масово мігрувати за кордон для працевлаштування. Серед опитаних студентів - 33 (10,5%) вже планують в яку країну вони поїдуть, вчать мову, знають вимоги для підтвердження диплому; 137 студентів, що складає 43,6 % вважають це одним з варіантів розвитку подій після завершення інтернатури; 77 студентів (24,5%) мають бажання, але нічого для цього не роблять. Лише 67 респондентів (21,3%) зазначили, що вони планують залишитись в Україні.

Висновок: Бажання міграції медичних кадрів з'являється у медичних працівників ще з студентства. Не маючи досвіду роботи в галузі, але будучи добре обізнаними з особливостями роботи в медичних закладах України студенти ВНМЗ планують працевлаштуватися за кордоном, не бажають їхати по розподілу та вважають умови праці та заробітні плати не відповідним до праці, яку виконують лікарі.

О.В. Зінченко

ВИЯВЛЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА СНІД

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

І.В. Паламар (к.мед.н., доц.), О.М. Кречотень (проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Туберкульоз і ВІЛ-інфекція/СНІД є глобальною проблемою системи громадської охорони

здоров'я. Туберкульоз є головною причиною смерті людей, що живуть з ВІЛ- інфекцією/СНІДом, а ВІЛ - найважливіший чинник, що зумовлює розвиток епідемії туберкульозу в країнах з високою поширеністю ВІЛ-інфекції.

Актуальною ця проблема на сьогодні є і в Україні, де відзначаються високі темпи поширення обох захворювань і, як наслідок, зростання захворюваності на ко-інфекцію за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), третя частина населення планети (близько 1,9 млрд осіб) інфікована мікобактерією туберкульозу(МБТ), з них близько 60 млн хворих на туберкульоз. Щорічно на планеті виявляють 8-9 млн осіб, які вперше захворіли на туберкульоз, у тому числі 4-4,5 млн. збактеріовиділенням, а помирає від нього більше 2 млн. осіб (що становить понад 5 тис. чоловік щодня).

Мета: вивчити особливості протікання туберкульозної інфекції у ВІЛ-інфікованих та хворих СНІДом.

Матеріали та методи: Взято на опрацювання 60 історій хвороби(за 2016 рік) на базі Вінницького обласного протитуберкульозного диспансеру.

Результати. Серед контингенту хворих на туберкульоз, який поєднаний з ВІЛ-інфекцією, переважають особи чоловічої статі(66.7%), жінки(33.3%) у віці 18—40 років (73,4 %), безробітні (98 %), наркомани (10 %), та особи, що раніше перебували в місцях позбавлення волі (8,3 %). Туберкульоз діагностовано при самозверненні(55%), при проведенні проф. оглядів(8.3%). Пацієнти, які мали туб. контакт(13.3%). Приймають АРТ-терапію(23.8%) У хворих на туберкульоз ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних пацієнтів переважає вторинно діагностований туберкульоз (ВДТБ). У хворих на СНІД зростає частота дисемінованої форми туберкульозу.

У ВІЛ-негативних пацієнтів першими виникають респіраторні симптоми і пізніше (1—3 місяці) приєднуються симптоми інтоксикації. У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД раніше виникають симптоми інтоксикації, які тривають понад 5 місяців, а респіраторні симптоми приєднуються пізніше і тривають не більше 3 місяців до моменту встановлення діагнозу туберкульозу.

Висновки. Перебіг ТБ залежить від стадії ВІЛ-інфекції, своєчасної діагностики, адекватної терапії ТБ, своєчасного призначення високоактивної АРВТ. Зростання кількості ВІЛ-інфікованих серед контингентів протитуберкульозних закладів вимагає від медичного персоналу суворого дотримання протиепідемічних заходів відносно як туберкульозу, так і ВІЛ-інфекції.

А.М. Зінчук, К.Ю. Галашко

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ РОБОТОЮ ЛІКАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ ХВОРИМИ НА РАК ЛЕГЕНІВ

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

В.А. Огнев (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Турбота про здоров'я людини повинна покладатися не тільки на медичних працівників, а також й на самого пацієнта та його рідних. Ця тенденція намітилась на ще у минулому столітті та поступово зростає. Населення проявляє активну зацікавленість питаннями, які належать до медичної сфери, а особливо тими, які стосуються власного здоров'я.

Мета: визначення рівня задоволеності якістю медичної допомоги серед пацієнтів що мають захворювання на рак легенів.

Матеріали і методи. Проведено дослідження серед 339 пацієнтів які мають верифікований діагноз «рак легенів». У межах вивчення задоволеності якістю медичної допомоги досліджувались думки пацієнтів щодо роботи лікарів різних рівнів. Оцінювання проводилось за 5-бальною шкалою.

Результати. Пацієнти із захворюванням на рак легенів оцінили роботу дільничних лікарів-онкологів наступним чином: на відмінно – 18,4±2,1%, на добре 15,4±1,96% та на задовільно – 40,6±2,67%, незадоволені роботою цих лікарів – 25,6±2,37%, хоча й звертаються по допомогу до них протягом року 39,7±2,6% пацієнтів. Необхідно відмітити, що при оцінці роботи лікарів-спеціалістів отримані результати були дещо іншими. Відмінною визначили роботу лікарів первинної ланки (лікарів загальної практики/сімейних лікарів) 15,7±1,98% опитаних, доброю – 17,1±2,04%, задовільною – 38,7±2,65%, незадовільною - 28,5±2,45% опитаних. Звертаються до цих лікарів по допомогу 61,3±2,65% пацієнтів. Найвищий ступінь довіри мають торакальні хірурги, оскільки 86,14±1,88% респондентів довіряють їм нагляд та лікування своєї патології. Ступінь довіри лікарям виявився різним: 85,9±2,04% довіряють цілковито, 14,1±2,04% – частково. Більше половини пацієнтів (84,7±1,96%) зазначили те, що інформацію щодо свого захворювання вони отримують під час спілкування із лікарями, а іншу частину – з літературних джерел. Стосовно перебігу свого захворювання – 29,3±2,47% опитаних отримували інформацію від лікаря, а переважна більшість респондентів отримує її із декількох джерел – 52,1±2,71%.

Висновки. Таким чином, з'ясовано що пацієнти із раком легень та їхні рідні мають значно нижчий рівень задоволеності якістю медико-соціальною допомогою, що надається на первинному рівні, порівняно із високим рівнем задоволеності якістю медичної допомоги, що надається у спеціалізованому медичному закладі.

О.М. Казмірчук, Ю.В. Гуцуляк
**ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В УКРАЇНІ НА ШЛЯХУ ДО ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Р.В. Харковенко (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Українська система охорони здоров'я, побудована за радянською моделлю, виявилася в сучасних умовах застарілою та нездатною своєчасно та ефективно відповідати на виклики сьогодення. Громадське здоров'я потребує нагальної реорганізації відповідно до сучасних світових стандартів. Україна в рамках імплементації Угоди про асоціацію з ЄС має виконати низку зобов'язань в сфері охорони здоров'я. Саме тому у 2016 році було оновлено перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти - до цього списку увійшла спеціальність "Громадське здоров'я". Проте як відбуватиметься підготовка кадрів та що передбачає дана спеціальність досі залишається незрозумілим.

Мета: Порівняти систему громадського здоров'я в Україні та закордоном, проаналізувати перспективи розвитку даної галузі в Україні.

Матеріали та методи: Проведено огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють шляхи реформування системи організації охорони здоров'я в країнах світу та в Україні; анкетування, статистичний метод.

Результати: Сучасна система охорони громадського здоров'я має виконувати такі функції: епідемічний нагляд, моніторинг загроз для здоров'я, безпека навколишнього середовища, праці, зміцнення здоров'я, профілактика хвороб, забезпечення компетентними кадрами та інші. Однією з головних перешкод на шляху реформування системи охорони здоров'я у напрямку Європейської інтеграції є відсутність підготовки кваліфікованих кадрів, оскільки ці спеціальності повинні бути аналогічні європейським. За кордоном діяльність фахівців зі спеціальністю «Громадське здоров'я» пов'язана не лише з лікуванням та діагностикою, а і з вирішенням проблем навколишнього середовища, вони беруть участь в міжнародних програмах по боротьбі з раком, СНІДом, програмах підтримки репродуктивного здоров'я, працюють в страхових компаніях. Крім цього, в США та країнах Європи налічується безліч магістерських програм, які передбачають підготовку фахівців в галузі громадського здоров'я, а їх навчання триває від 1 до 2,5 років. Підготовка за даним напрямком передбачає в подальшому роботу більше ніж у 10 спеціалізаціях. Проведене нами опитування показало, що лише 34% студентів розуміють суть роботи фахівців у сфері організації охорони здоров'я. 42% опитаним відомо про реформування цієї галузі, а 26,4% студентів знають і бачать перспективу для розвитку в даному напрямі, що свідчить про низьку інформованість студентства про галузь Громадського здоров'я.

Висновок: Система охорони здоров'я повинна адаптуватися до демографічних змін і зростаючий попит на догляд, і найкращим чином використовувати інноваційні технології. Для створення цілісної системи охорони здоров'я за європейським зразком необхідні високоспеціалізовані кадри, оскільки в Україні це цілком можливо, проте існує проблема в поширенні цієї інформації до ймовірних фахівців.

К.І.Іваніщенко, П. А. Квасова
**КОМПЛЕКСНІ ІНТЕНСИВНІ МЕТОДИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ
В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ КЛІНІК**

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини
М.П. Кириченко (к.мед.н., доц.)
Харківський національний медичний університет
м Харків, Україна

Актуальність теми: В Україні за останні роки рівень дітей інвалідів серед новонароджених значно виріс. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є непрогресуючим руховим порушенням, яке виникає внаслідок ураження або аномалій головного мозку в перинатальний період. На 2016 рік в Україні нараховується понад 20 тисяч дітей і підлітків з ДЦП. Психоневротичні розлади, хвороби нервової системи та органів почуття відіграють провідну роль у розвитку дитячої інвалідності. Кількість дітей інвалідів, що постійно зростає, та тяжкі соціальні наслідки визначають дитячий церебральний параліч як медико-соціальну проблему. Це обумовлює необхідність розробки оптимальної моделі реабілітації на основі комплексного поєднання існуючих методик.

Мета дослідження: Проаналізувати ефективність існуючих комплексних методик реабілітації дітей з ДЦП у спеціалізованих клініках.

Матеріали та методи дослідження: Під нашим спостереженням знаходилося 5 дітей інвалідів зі спастичною формою ДЦП, 7-12 років, які мали різний ступінь прояву розладів моторики, практичних навичок та мови. Усі діти проходили однаковий двотижневий курс лікування по системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації в Міжнародній клініці відновного лікування професора Козьявкіна у місті Трускавець.

Був здійснений збір анамнезу пацієнтів з акцентом на розвиток опорно-рухового апарату, моторики, мови та

практичних навичок на першому році життя. В основі реабілітації лежав полімодальний підхід із застосуванням різнобічних методів впливу на хворих дітей. Курс відновного лікування містив в собі спеціальну систему масажу (в тому числі й логопедичний), біомеханічну корекцію хребта, мобілізацію суглобів кінцівок, мобілізуючу гімнастику, ритмічну гімнастику, механотерапію, рефлексотерапію, восково-парафінові аплікації і апітерапію.

Всі пацієнти були обстежені до і після курсу реабілітації у відповідності з розробленим діагностичним алгоритмом, включаючи шкали глобальних моторних функцій GMFCS (Gross Motor Function Classification System) і функціонування верхніх кінцівок MACS (Manual Ability Classification System).

Результати: Після проходження двотижневого курсу інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації у всіх дітей, що знаходилися під спостереженням, було відзначено нормалізацію м'язового тону, збільшення об'єму пасивних рухів у суглобах кінцівок, покращення трофіки та циркуляції крові. У 2 дітей спостерігалось стійке покращення тонкої моторики рук, якість ходьби покращилася у 3 пацієнтів. У 1 дитини значно поліпшилися вегетативні функції.

Висновки: Під час дослідження було виявлено, що коригуючі методики відновного лікування дітей з неврологічними розладами є досить ефективними. Комплексна інтенсивна нейрофізіологічна реабілітація повинна проводитися в умовах спеціалізованих клінік.

С.О. Іванчишина

АНАЛІЗ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД ЗА ТЕРИТОРІАЛЬНИМ РОЗПОДІЛОМ, ОСНОВНИМИ ПРИЧИНАМИ, ВИДАМИ ТА НАСЛІДКАМИ ЇХ СКОЄННЯ ЗА 2013-2015 РР

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.мед.н., викл.), В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щодня у ДТП гине 10-15 людей. Проте за офіційними даними національної автоматизованої інформаційної системи Державної автомобільної інспекції Міністерства внутрішніх справ (НАІС ДДАІ МВС) України динаміка росту аварійних ситуацій знизилась на 27%.

Мета: Встановити основні причини аварійності на автошляхах України та по областях. Виявити основні причини загибелі та травмування учасників дорожнього руху. Порівняти кількість постраждалих при ДТП та тих, хто звернувся за медичною.

Матеріали та методи: проведено аналіз статистичних даних НАІС ДДАІ МВС України, Вінницького та Житомирського ОЦЕМД та МК.

Результати: Згідно зі статистичними даними за період з 2013-2015 рр. на автошляхах України сталося 478 420 дорожньо-транспортних пригод (ДТП), загинуло 13 286 людей, травмовано 101 383. За даними аналізу загиблих у ДТП встановлено, що основними причинами є: перевищення безпечної швидкості руху - 34%; порушення правил маневрування - 14,2%; виїзд на смугу зустрічного руху - 10,7% від загальної кількості загиблих. Аналіз травмованих у ДТП показав, що за період 2013-2015р.р. найбільша кількість травмованих у ДТП за 2013 р. - Дніпропетровська (3596 осіб), Донецька (4674 особи) та Одеська (3046 осіб) області; за 2014 р. - Дніпропетровська (3371 особа), Одеська (2783 особи) та Харківська (2902 особи) області; за 2015 р. - Дніпропетровська (3121 особа), Київська (2472 особи) та Харківська (2892 особи) області. У Вінницькій області: за 2013 р. - 623 особи; 2014 р. - 570 осіб; 2015р. - 715 осіб; всього 1908 осіб. У Житомирській області за 2013р. - 838 особи; 2014 р. - 1020 осіб; 2015 р. - 1137 осіб; всього 2995 особи. Основними причинами є: перевищення безпечної швидкості - 26,7%; порушення правил маневрування - 19%; керування транспортним засобом у нетверезому стані - 9,7%. На території Вінницької області бригади ЕМД та МК виїжджали 941 раз за 2013 р., 977 - 2014 р., 1074 - 2015 р. На території Житомирської області бригади ЕМД та МК виїжджали 802 рази за 2013 р., 1059 - 2014 р., 1221 - 2015 р.

Висновок: Аналіз ДТП показав, що кількість аварійних ситуацій на автошляхах України знизилась на 27,1%, кількість загиблих на 25% та кількість травмованих на 26,7%. В даному випадку варто враховувати те, що в статистиці не повністю враховані показники по АР Крим, і частині Донецької та Луганській областей. У Житомирській та Вінницькій областях кількість виїздів бригад ЕМД та МК збільшується з кожним роком, що свідчить про більш важкі травми у постраждалих від ДТП.

І.В. Ільчук

ВПЛИВ ПАТОЛОГІЇ ПОПЕРЕКОВИХ І КРИЖОВИХ СЕГМЕНТІВ ХРЕБТА НА РОЗВИТОК ДИСФУНКЦІЙ СЕЧОВОГО МІХУРА

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Р.А. Кравець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дисфункція сечового міхура - серйозний розлад сечовипускання, який знижує якість життя як

дорослих, так і дітей, та є «незручним» для обговорення.

Мета: Дослідження впливу патології поперекових та крижових сегментів хребта на дисфункції сечового міхура.

Матеріал та методи: Вивчення наукових джерел з цього питання.

Результати: Відомо, що дисфункція сечового міхура виникає в результаті порушення його іннервації. Симпатична іннервація забезпечується сегментами Th10-L2, які контролюють тонус детрузора і внутрішнього сфінктера. При патології цих нервових структур виникає переповнення сечового міхура, уповільнюється евакуація з нього сечі. Соматична нервова система іннервує зовнішній сфінктер, забезпечуючи довільне утримання сечі та припинення сечовипускання. Зовнішній сфінктер сечівника, тобто вольовий м'яз, іннервується зі спінальних центрів S1-S2 через соромітні нерви. Парасимпатична стимуляція (S2-S4) призводить до скорочення детрузора та розслаблення зовнішнього сфінктера, що призводить до випорожнення сечового міхура. Аферентні імпульси з сечового міхура піднімаються пучком Голя до головного мозку, зумовлюючи відчуття позиву до сечовиділення та довільне його здійснення. Процесу сечовипускання відповідає фізіологічне поняття «міхуровий рефлекс». Його характеристикою є об'єм сечового міхура, при якому виникає позив до сечовипускання. За нормального міхурового рефлексу сечовипускання настає коли міхур досягає свого звичайного об'єму – норморефлекторний сечовий міхур. Може бути міхур і гіпоректорним, - тобто його об'єм перевищує верхню границю норми, і гіперрефлекторним – коли він менший за неї. Причиною появи дисфункцій сечового міхура можуть бути ушкодження спінальних центрів та периферійних нервів внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін поперекового і крижового відділів хребта. Це можуть бути спондиліоз, остеохондропатії, компресійні переломи хребців, грижі дисків, остеохондроз зі спондилолітезом та стенозом хребтового каналу, люмбалізація, сакралізація, враження кінського хвоста. Порушення сечовиділення може спостерігатись при порушенні іннервації в різних відділах і може бути у вигляді затримки сечі (повна, парадоксальна) та нетримання сечі. При гострому порушенні функції спінальних центрів внаслідок травми чи запалення може виникати параліч детрузора, тобто гіпоректорний сечовий міхур, що проявляється повною або парадоксальною затримкою сечі з виділенням сечі краплями або невеликими порціями. При цьому в міхурі визначається велика кількість залишкової сечі. При периферичному парезі, коли руйнується сегментарний спинно-мозковий апарат сечовипускання обидва сфінктери розкриті, детрузор скорочений, тоді виникає гіперрефлекторний сечовий міхур з постійним виділенням сечі в міру надходження її в міхур.

Висновок: Літературний огляд вказує на те, що дослідження зв'язку патології хребтових сегментів з розвитком дисфункцій сечового міхура є перспективним.

О.О.Калашнікова, Д.О.Гаврилюк

ЛОГОПЕДИЧНИЙ МАСАЖ В СТРУКТУРІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Ю.Й. Рудий (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: протягом останніх років спостерігається значне збільшення кількості дітей із мовленнєвими порушеннями, які потребують логопедичної допомоги. Серед них велика кількість вад звуковимови, які можуть мати органічний або функціональний характер. Їх причиною можуть бути мовнорухові розлади різного ступеню тяжкості. Рухові порушення артикуляційного апарату є однією з основних причин формування неправильної вимови у дітей. У зв'язку з цим вивчається доцільність використання масажу артикуляційного відділу верхнього кінця мовно-рухового аналізатора, зокрема найбільш рухомих його частин: м'язів обличчя та язика.

Мета: проаналізувати статистичні дані та зробити висновки щодо частоти та особливостей виникнення цієї патології, обґрунтувати доцільність та можливість використання масажу як одного з методів лікування.

Результати: за статистичними даними, в Україні дизартрія виникає приблизно в 1,5-2% людей, частіше за все у дітей віком від 2 до 6 років. Хлопчики в три рази більше схильні до заїкання(68%), ніж дівчатка(32%). Іноді рецидив захворювання трапляється у підлітків у віці 15-17 років (25%), частіше це пояснюють виникненням неврозів.

Логопедичний масаж - це метод активної механічної дії, який впливає на стан м'язів, нервів, кровоносних судин і тканин периферичного мовленнєвого апарату. Це одна з логопедичних методик, яка сприяє нормалізації мовлення та емоційного стану осіб із мовленнєвими порушеннями. Лікувальна дія масажу зумовлена нерво-рефлекторним, гуморальним та механічним впливом.

Основною метою логопедичного масажу є нормалізація м'язового тону загальних, мимічних та артикуляційних м'язів; зменшення прояву парезів і паралічів м'язів артикуляційного апарату; зменшення прояву судом у м'язах мовленнєвого апарату; стимуляція пропріоцептивних відчуттів; активізація тих груп м'язів периферичного мовленнєвого апарату, у яких була недостатня скорочувальна функція; формування

довільних координованих рухів органів артикуляції.

З метою подолання артикуляційних порушень логопедичний масаж проводиться разом із пасивною, пасивно-активною та активною артикуляційною гімнастикою. Для формування мовленнєвого дихання, голосу, нормалізації емоційного стану масаж може використовуватися в комплексі з традиційними логопедичними вправами.

Висновки: таким чином, правильно вибрані і проведені прийоми масажу, є вагомим засобом не лише корекції мовленнєвих вад, а й невід'ємною частиною логопедичного лікування та зняття втоми і підтримки загального стану організму, активним засобом зміцнення здоров'я і попередження інших захворювань організму, особливо при порушеннях загальної та дрібної моторики на тлі артикуляційних розладів.

О.С. Кобзіна, О.С. Короннов, Т.В. Тисевич

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ ВИЩОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ, ОБУМОВЛЕНОГО ВПЛИВОМ ХАРЧУВАННЯ, ВТОМИ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В. Тисевич (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сучасний ритм життя та рівень навчальних навантажень студентів перешкоджає реалізації нормальному щоденному харчуванню та здоровому способу життя. З кожним роком все більше студентів потрапляє на лікарняні ліжка через надмірні навантаження, знижений імунітет, недотримання здорового способу життя.

Мета: Дослідити та узагальнити такі показники, як рівень здоров'я, біологічний вік, спосіб життя, рівень втоми та характер харчування студентів 3 курсу медичного факультету. Знайти методи покращення стану здоров'я студентів та профілактики захворювань, що спричинені вище перерахованими факторами.

Матеріали і методи: Під час дослідження проводилося анонімне опитування 50 студентів 3 курсу медичного факультету (віком 19-20 років) з використанням анкет по харчуванню, визначенню рівня здоров'я (за Апанасенком Г.Л.), біологічного віку (за Войтенком В.П.), способу життя (за Лозинським В.М.), рівня втоми (по картам реєстрації). Статистичний аналіз проводився за критерієм хі-квадрат Пірсона.

Результати досліджень: Аналіз даних показав, що серед студентів третього курсу є великі розбіжності між календарним та біологічним віком. Так, у 8 (16%) з 50 опитуваних студентів 3 курсу біологічний вік (у подальшому БВ) випереджає календарний на 12-18 років, у 36 (72%) студентів БВ випереджає календарний на 5-10 років, і лише у 6 (12%) біологічний вік відповідає календарному.

Результати оцінювання рівня здоров'я за експрес-методикою Г.Л. Апанасенка слідує: високий рівень здоров'я має лише один студент (2%), вище середнього — 4 (8%), середній — 14 (28%), нижче середнього — 22 (44%) та низький рівень здоров'я мають 9 (18%) студентів.

Здоровий спосіб життя ведуть 18 третьокурсників (36%) з 50 опитуваних та 32 (64%) — спосіб життя, що потребує корекції (найбільше на цей результат вплинули вживання алкоголю та невиконання фізичних вправ) ($p < 0.01$).

Втому мають 40 (80%) студентів 3 курсу медичного факультету, з них: 15% - перший ступінь втоми, 58% - другий, 21% - третій і 6% - четвертий рівень втоми ($p < 0.01$).

Харчування більшості студентів 3 курсу (84%) — нераціональне ($p < 0.01$).

Висновки: Таким чином, можна стверджувати, що спосіб життя, режим дня та характер харчування студентів впливає на стан їхнього здоров'я. Тому існує необхідність оптимізувати свою діяльність та пропагувати здоровий спосіб життя серед студентів вищого медичного закладу.

Д.С. Кобзіна

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НИРКОВІЙ КОЛЬЦІ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Показник захворюваності сечокам'яною хворобою в Україні за останні чотири роки зріс у 1,2 рази, кількість хворих в 2016 році сягнула 160 тисяч осіб. Вінницька область займає лідируючі позиції по кількості випадків сечокам'яної хвороби.

Мета: Визначити засоби невідкладної допомоги, які виконуються бригадами екстреної медичної допомоги (ЕМД) та в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні (ВОКЛ) ім. М. І. Пирогова для зняття нападу ниркової кольки.

Матеріали та методи: Використовувались карти виїзду та супровідні талони бригад ЕМД, карти стаціонарного хворого урологічного відділення ВОКЛ ім. М. І. Пирогова. Застосовувався аналітичний і

статистичний методи і метод порівняльного аналізу.

Результати: Бригади ЕМД на догоспітальному етапі проводять лікування ниркової кольки спазмолітичними, знеболюючими, нестероїдними протизапальними або комбінованими препаратами. За неефективності болезаспокійливих засобів застосовують гангліоблокатори. Вказана допомога проводиться згідно Наказу МОЗ України №604 від 06.12.2004р. У випадку відсутності позитивної динаміки після введення препаратів, наявності клінічних ознак ускладнень, важкий загальний стан пацієнта, хворі госпіталізуються в спеціалізоване урологічне відділення. За даними урологічного відділення ВОКЛ ім. М. І. Пирогова за 2016 рік у відділення було доставлено бригадами ЕМД 512 пацієнти з нападом ниркової кольки. З них 97 було проведено стентування з метою відновлення пасажу сечі по сечоводам, 392 пацієнтам напад був знятий консервативно із застосуванням спазмолітиків, анальгетиків, новокаїнової блокади, 23 було проведено ургентне оперативне втручання (категорія пацієнтів з єдиною ниркою, великий розмір конкременту). В порівнянні за 2012 рік було госпіталізовано 412 пацієнтів, з яких: 59 було проведено стентування, 323 напад був знятий консервативно, 30 було виконана операцію.

Висновки: Правильні дії бригади ЕМД по лікуванню ниркової кольки та вчасна госпіталізація пацієнтів у стаціонар зменшують відсоток ускладнень, кількість ургентних оперативних втручань і зменшують інвалідизацію. Застосування стентування сечоводу в урологічному відділенні ВОКЛ ім. М. І. Пирогова за останні 5 років зросло у 1,5 рази, що дозволяє зменшити кількість оперативних втручань.

О.В.Колодій, С.Ю.Чухрій

ПРОБЛЕМИ СМІТТЄЗВАЛИЩ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.мед.н., викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. Проблема поводження з твердими побутовими відходами повинна розглядатися, як один з визначальних факторів екологічної безпеки, а в плані вибору пріоритетів виходити із оцінки як ресурсного джерела так і екологічно небезпечного чинника. Низький рівень використання відходів для переробки призводить до накопичення їх у навколишньому природному середовищі і спричиняє його забруднення.

Матеріали і методи. Були використані дані галузевої статистики Вінницької області та України.

Результати. Аналіз досліджень з оцінки стану місць видалення відходів в Україні показав, що вони, як правило, зачіпають тільки поточний стан, причому, лише окремих компонентів системи «полігон ТПВ». Розв'язання ключових екологічних проблем, пов'язаних з неефективним поводженням з відходами, зменшення накопичення відходів у місцях їх складування, забезпечення повторного використання відходів, а також створення системи комплексного управління ТПВ з максимальним вилученням вторинної сировини є першочерговим завданням для забезпечення завдань екологічної безпеки. Недосконалість сучасних заходів щодо мінімізації впливу звалищ ТПВ на довкілля та відсутність системи ефективного моніторингу (методики комплексної оцінки впливу звалищ ТПВ на довкілля) обумовили необхідність розроблення комплексу заходів для забезпечення екологічної безпеки звалищ твердих побутових відходів, таких як: удосконалення законодавчої бази поводження з відходами на підставі гармонізації відповідних національних і міжнародних стандартів; створення системи обліку утворення, оброблення, утилізації та розміщення відходів; створення механізму реальної чинної системи виконання міждержавної Базельської конвенції про контроль за транскордонними перевезеннями небезпечних відходів, забезпечення нових норм, правил і процедур їх видалення; створення єдиної національної системи поводження з промисловими і твердими побутовими відходами (зокрема, з небезпечними); запровадження економічного механізму поводження з відходами, їх утилізації та рециклінгу в режимі самофінансування та самоокупності, який регламентує систему квот та ліцензії за використання первинних ресурсів, сприяє привабливій інвестиційній і інноваційній політиці, забезпечує пільгові кредити й податкові умови; забезпечення ефективної системи профілактики та реагування на аварійні надзвичайні ситуації, що виникають у разі над нормованого нагромадження небезпечних відходів.

Висновки: Отже, стан поводження з відходами в країні викликає серйозне занепокоєння, є фактором загрози екологічній безпеці держави, що зумовлює негайне впровадження цілого комплексу законодавчих нормативно-правових, організаційних та науково-дослідних заходів.

О. Г. Коновал, Н.О. Шнайдер

ПРОБЛЕМА ФАНТОМНИХ БОЛІВ ТА ВІДМІННОСТІ ЇХ ПРОЯВУ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ АМПУТАЦІЯХ ТА АМПУТАЦІЯХ ВНАСЛІДОК ХВОРОБИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
М.В.Матвійчук (к.мед.н., доц.), В.В. Чорна (к.мед.н., викл.),
Р.М. Бектемірова (викл.)

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

Актуальність: За офіційними даними Міністерства оборони кількість поранених з моменту початку АТО становить більше 9000 осіб, з них 40% - з ампутаціями, серед яких 75% відчувають фантомні болі. Таким чином, зважаючи на поширення проблеми фантомного болю, важливо визначити особливості їх прояву та можливі методи лікування.

Мета: Встановити характер та відмінності прояву фантомного болю при травматичних ампутаціях та ампутаціях внаслідок гангрени при цукровому діабеті. Дослідити способи лікування фантомних болів та ефективність цих методів.

Матеріали та методи: проведено анкетування хворих з ампутацією кінцівки внаслідок гангрени при діабеті та опитування в соціальних мережах постраждалих з травмами .

Результати: За даними анкетування хворих Вінницького ендокринологічного диспансеру було встановлено, що 80% людей, у яких виникав фантомний біль мали повторні оперативні втручання (вторинні ампутації), 85% відчували короткотривалі болі середньої сили, 70% пацієнтів починали відчувати болі відразу після операції і 100% пацієнтів лікувалися фармакологічними препаратами(анальгетиками). За даними опитувань постраждалих з травматичними ампутаціями (за допомогою соціальних мереж) було встановлено, що 90% відчували довготривалі сильні болі, 60% починали відчувати біль відразу після ампутації і 100% хворих лікувалися фармакологічними препаратами. Існує близько 40 методів терапії фантомних болів: хірургічний, електростимуляція, фізіотерапія, рефлексотерапія, корпоральна і аурикулярна акупунктура, фармакологічні методи. При появі болю визначаються фактори, що впливають на його появу. Прикладом таких факторів можуть стати утворення невроми або розвиток депресії. Ліквідація цих факторів може сприяти поліпшенню результативності лікування. В основу реабілітаційної програми входять методи фізіотерапії та протезування, застосування яких може сприяти зняттю больових відчуттів. Проте, незважаючи на різноманіття методів лікування, найпопулярнішим в Україні залишається фармакологічний, тому що він є менш вартісним і досить ефективним.

Висновок: Встановлено закономірність між силою больових відчуттів, що виникають та видом ампутації: хворі з ампутаціями внаслідок діабетичної гангрени відчували слабший біль, ніж ті, що мали травматичні ампутації. Також встановлено залежність виникнення фантомного болю від кількості ампутацій: у хворих з вторинними ампутаціями біль виникав частіше, ніж у хворих з первинними. Існує необхідність вдосконалення методів лікування цього явища.

В.Ю. Коноваленко, М.-Ю.І. Петришина

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА БІОЛОГІЧНОГО ОЧИЩЕННЯ ВОДИ В АЕРОТЕНКАХ ОЧИСНИХ СПОРУД МІСТА БЕРДИЧЕВА НА ПРИКЛАДІ ПОПУЛЯЦІЇ КРУГОВІЙЧАСТИХ ІНФУЗОРИЙ

Кафедра загальної гігієни та екології

Н.Ю. Лукіна (ас.)

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

Актуальність: Круговійчасті інфузорії (Ciliophora, Peritrichia) внаслідок своєї життєдіяльності разом з іншими організмами здійснюють біологічне очищення води у водоймах та стічних вод в аеротенках очисних споруд. З розвитком промисловості та урбанізацією значно збільшився об'єм стічних вод, до їх складу входять нові та все більш токсичні речовини. Живлячись бактеріями мулу, перітрихи регулюють їх чисельність, знищують патогенні мікроорганізми та освітлюють очищену воду. Актуальність роботи обумовлена необхідністю встановлення аутоекологічних особливостей видів активного мулу очисних споруд та визначення якості біологічної очистки стічних вод м. Бердичева

Мета: Дослідити видовий склад круговійчастих інфузорій в очисних спорудах м. Бердичева. Виявити залежність фізіологічного стану перітрих очисних споруд від умов протікання процесу очистки, фізико-хімічного складу змішаної рідини активного мулу, зміни технологічного режиму очистки стічних вод. Розробити гігієнічну оцінку біологічної очистки води та рекомендації для підвищення її технологічної ефективності на основі отриманих даних.

Матеріали і методи: Для вивчення видового складу використовували загальноприйняті методи світлової мікроскопії, протозоологічні методи, які підбиралися з урахуванням специфічних властивостей даної групи циліат. Кількісні дані опрацьовували математично-статистичним методом.

Результати: В роботі приведені загальні особливості біології круговійчастих інфузорій. З'ясовано, що видовий

склад перітрих в біоценозі активного мулу залежить від температури, вмісту розчиненого кисню та токсичності стічних вод. Максимальна чисельність круговічастих інфузорій (2700 екз./мл) співпадає з максимумом концентрації розчиненого кисню (7 мг/л) та рН (7,8), що свідчить про оптимальні умови проведення біологічної очистки в аеротенках. Була проведена гігієнічна оцінка ефективності біологічної очистки стічних промислових і побутових вод в аеротенках очисних споруд м. Бердичева, на основі досліджень розроблені рекомендації щодо функціонування аеротенків для поліпшення біологічної очистки та запобігання збільшенню забрудненості водних об'єктів стічними водами.

Висновок: Завдяки життєдіяльності круговічастих інфузорій відбувається освітлення очищеної води, знищення хвороботворних бактерій, формування пластівців активного мулу та покращення його структурних властивостей. Якщо при виконанні біологічної очистки стічних вод дотримуватись досліджених і рекомендованих значень гідрофізичних та гідрохімічних показників активного мулу, збільшиться якість очищення і зменшиться забрудненість водних об'єктів стічними водами, що прямо корелює з поліпшенням якості життя мешканців м. Бердичева та Бердичівського району.

Н.В. Котик

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОБИ В СТОМАТОЛОГІЇ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Ю.В. Кириченко (к.мед.н., ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Жувальні проби є одним з допоміжних не хірургічних методів діагностики функціонального стану зубощелепної системи. Дані тести є доступними для різних спеціалістів стоматологічного профілю, а також можуть бути використані самими пацієнтами в домашніх умовах без використання дороговартісної апаратури та реактивів. Тому найбільш цінним методом вимірювання жувальної ефективності при інтактній зубощелепній системі є метод функціональної діагностики жувального апарату. Цей метод може бути здійснений за допомогою функціональних жувальних проб (за Хрестіансеном, Гельманом та Рубіновим), а також різних діагностичних методів (мастікаціографії, мастікаціодинамометрії, міографії і міотонотрії). Дані проби дозволяють оцінити якість та ефективність лікування пацієнтів стоматологічного профілю на різних етапах реабілітації після хірургічних втручань та консервативної терапії. У клініці ортопедичної стоматології прийнято вважати, що межа компенсаторних можливостей тканин пародонта кожного зуба визначається подвоєною силою жувального навантаження. Визначення у клініці жувального навантаження є досить важким завданням. Визначивши у відсотках жувальну ефективність, можна таким чином сформулювати положення про показання до застосування мостоподібних протезів залежно від продовженості дефекту, що значно прискорює видужання хворого.

Мета: Визначити особливості проведення функціональних проб у здорових та хворих осіб стоматологічного профілю, для покращення діагностики та подальшого лікування в стоматології.

Матеріали і методи: Історична, наукова література, інтернет.

Результати: Вивчено методики функціональної діагностики зубощелепної системи, а саме жувальні проби за Хрестіансеном, Гельманом та Рубіновим.

Висновок: В подальшому по мірі накопичення досвіду будуть реалізуватись конструктивні зміни направлені на покращення вже існуючих методів діагностики зубощелепної системи.

Б. І. Кохан

БІОІНДИКАЦІЯ ЯК МЕТОД ЕКОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ПРИКЛАДІ БІОТЕСТУВАННЯ СՆІГУ НА ТЕРИТОРІЯХ, ПРИЛЕГЛИХ ДО ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М. І. ПИРОГОВА

Кафедра загальної гігієни та екології

І.І.Мотрук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Біоіндикація – оцінка якості природного середовища за станом її біоти. Біоіндикація використовується в екологічних дослідженнях, як метод виявлення антропогенного навантаження на біоценоз. Метод біоіндикаторів заснований на дослідженні впливу екологічних факторів на різні характеристики біологічних об'єктів і систем загалом. В якості біоіндикаторів вибирають найбільш чутливі до досліджуваних факторів біологічні системи або організми, які дають результат за відносно нетривалий період часу. Сучасна наука досить широко використовує організми, в тому числі рослини в якості біоіндикаторів.

Мета: Дати оцінку забруднення територій, що знаходяться поблизу автомобільних доріг, використовуючи метод біотестування снігу. Використовуючи Internet-джерела ознайомитися із складом вихлопних газів та їх наслідками на живу природу. Оцінити ступінь забруднення прилеглих до університету вулиць Т. Шевченка, В.

Стуса, ринку Урожаю, а також університетського стадіону та скверу. Переконалися в можливості використання біоіндикації для оцінки впливу екологічних факторів на стан довкілля. Проаналізувати отримані результати та зробити висновки. Дати відповідні рекомендації щодо покращення екологічної ситуації на при університетських ділянках.

Матеріали та методи: Збір експериментального матеріалу (проби снігу на досліджуваних територіях – грудень-січень 2015 р.); математичний аналіз (виміри швидкості та якості проростання насіння), спостереження. Обробка отриманих результатів та їх порівняння.

Результати: Взято проби снігу з п'яти майданчиків, різною мірою віддалених від автомобільних доріг, прилеглих до університету вулиць. Т. Шевченка, В. Стуса, ринку Урожаю, а також університетського стадіону та скверу. Було розтоплено сніг і талу воду використовували для пророщування насіння. У кожну пробу взято по 25 шт. насіння крес-салату. У кожну тарілку з насінням додано талу воду з різних майданчиків. Спостерігалось проростання насіння і ріст проростків протягом 8 днів, додаючи, в міру висихання, талу воду в однакових обсягах, отриману з снігу з тих же ділянок. Результати спостережень по кожній пробі щоденно заносились в таблицю.

Висновки: При виконанні дослідницької роботи досліджено, що автомобільні вихлопні гази містять різні речовини: вуглекислий газ, чадний газ, оксиди азоту, бензопірен і свинець, які шкідливі для природи і організму людини. Ці речовини викликають “парниковий ефект”, “кислотні дощі”, розлад зору і моторно-зорової координації, порушення обміну речовин, є мутагенами і канцерогенами.

А. В. Кравченко

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

І. В. Лисак (к. н. з фіз. вих. та спор.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Синдром хронічної втоми дуже часто виноситься на обговорення різними медичними фахівцями на наукових конференціях, але вирішення цього питання вони бачать у використанні фармакологічних засобів. Це, на нашу думку, не зовсім вірно. Організм людини це самовідновлююча, саморегулююча система, тому потрібно створити умови для відновлення, а не втручатися штучними препаратами в його гармонійне функціонування. Засоби фармакології дають в цьому випадку тимчасове полегшення, що призводить до виснаження природних запасів організму, а також до фармакологічної залежності.

Природні засоби фізичного виховання, такі як загартування, вправи з різними системами дихання, статичні вправи з обов'язковою фазою розслаблення, йогівські асани, спортивні ігри з обов'язковим урахуванням інтересів, емоційним задоволенням без фізичної втоми, різноманітні східні системи фізичних вправ створюють умови для самовідновлення організму людини та покращення працездатності.

Мета: визначити основні проблеми фізичного виховання студентів та запропонувати шляхи їх вирішення.

Методи: аналіз літературних джерел та Інтернету, педагогічне спостереження.

Результати. З кожним навчальним роком фізичне здоров'я студентів університетів погіршується. Це підтверджують дані складання контрольних нормативів та їх медичний огляд. Все вище сказане підтверджує, що діюча програма з фізичного виховання не дієздатна, не повністю вирішує питання оздоровлення молодого покоління. Одне заняття на 2 тижня недостатньо для фізичного розвитку та вдосконалення фізичних якостей. Тому вимагати від студентів виконувати контрольні нормативи абсурдно, та ще й самі тести потребують значного вдосконалення.

Стан здоров'я студентів, зміна навколишнього середовища, інтенсивність навчального процесу вимагає корінних змін впровадження нових форм і методів в системі фізичної культури. Тому, в першу чергу, заняття повинні проводитись з урахуванням інтересів студентів, їх фізичної підготовленості. З авторитарним методом викладання потрібно покінчити раз і назавжди. Збільшення кількості занять і зменшення їх тривалості дасть можливість вирішувати ті завдання, які покладає на наш предмет держава, а також підвищить інтерес студентів до занять. Пріоритет в програмі з фізичного виховання повинен надаватись формам і методам відновлення організму, підтримування працездатності, реабілітації, покращення енергетичного стану, профілактиці захворювань.

Висновки. Аналіз літератури та практичних занять показав, що використання нетрадиційних форм на заняттях з фізичної культури, застосування засобів оволодіння знаннями про людину сприяють створенню моделі здорового способу життя у студентів, гуманізують навчальний процес і підвищують інтерес до самостійних занять.

Л. Р. Криянівська
ЕКСТРЕННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ АНАФІЛАКТИЧНОМУ ШОЦІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В. В. Фіщук (викл.)

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

Актуальність: Анафілактичний шок зустрічається у людей будь-якого віку, з однаковою частотою у чоловіків і жінок і є однією з причин виклику бригад екстренної медичної допомоги (БЕМД). В Україні 1000 - 2000 випадків в рік, у Вінниці 25 – 50 випадків за рік.

Мета: Метою дослідження було вивчення статистичних даних Вінницької станції ЕМД та МК м. Вінниці та оцінка якості та ефективності надання невідкладної допомоги з аналізом причин, що призвели до анафілактичного шоку.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження були статистичні дані карт виїзду з 2012 по 2016 роки, Закон України "Про екстрену медичну допомогу" (далі Закон) від 5 липня 2012 року № 5081-VI, сучасної літератури за останні 5 років.

Результати: Група ризику виникнення шоку складає 0,5-1% населення м.Вінниці. Найчастіше причинами виникнення є введення лікарських препаратів, укуси комах, пилові і пилкові агенти, які вдихаються. БЕМД надають допомогу згідно алгоритму, затвердженого Законом: укладання хворого на кушетку і опускання головного кінця. Повертають голову пацієнта на бік, видаляють протези, фіксують язик. Накладають венозний джгут (на 25-30 хв) на кінцівку проксимальніше місця надходження антигену. Обколюють його розчином 0,1% адреналіну, розведеного в 10 разів фізіологічним розчином і кладуть на це місце лід. Вводять 0,1% розчин адреналіну в обсязі 0,3-0,5 мл (у дітей 0,01 мг / кг маси тіла, 0,3 мг максимально) внутрішньом'язово. Його повторне введення здійснюють через 5 хв (максимальна сумарна доза 2,0 мл). При збереженні гіпотонії адреналін (0,1%), розведений в 10 разів фізіологічним розчином, вводять внутрішньовенно струменево. Внутрішньовенно або внутрішньом'язово ввести глюкокортикоїди (преднізолон 90-120 мг), повторне введення через 4-6 год. В залежності від тяжкості шоку здійснюється внутрішньовенна або внутрішньом'язова ін'єкція класичних антигістамінних препаратів (супрастин 2% розчин в дозі 1,0-2,0 мл При бронхоспазмі, резистентному до адреналіну, призначають інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамол 2,5-5 мг через небулайзер і ін.). При відсутності свідомості внутрішньовенно повільно вводять еуфілін (2,4% - 10 мл), розведений фізіологічним розчином або розчином глюкози. Оксигенотерапія (6-8 л швидкість / хв) показана у хворих з важким шоком. При відсутності ефекту терапії при набряку гортані показана трахеостомія або конікотомія. У разі клінічної смерті здійснюють штучне дихання і непрямий масаж серця. Після надання екстренної медичної допомоги необхідна госпіталізація пацієнтів в реанімаційне відділення лікарні.

Висновки: Тож, анафілактичний шок – це патологія, яка потребує надання миттєвої невідкладної допомоги, у разі відсутності якої спостерігається 100% летальність, що вказує на те, що методам купування анафілактичного шоку необхідно навчати населення. Термін прибуття БЕМД та МК до 10 хв в межах міста та до 20 хв поза межами та надають допомогу згідно Закону в повному обсязі.

О.О. Крюкова, Т.О. Хімич, І.В. Паламар, О.М. Кречотень, М.Б. Тарасюк
СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ДО ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

І.В. Паламар (д.мед.н.), О.М. Кречотень (к.мед.н., доц.), М.Б. Тарасюк(к.мед.н., доц.)

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

Актуальність. Інвалідність – поняття, яке еволюціонує і є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми з інвалідністю та перешкодами у стосунках і середовищі і яка заважає їхній повноцінній і дієвій участі у житті суспільства на рівні з іншими(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities/ Конвенція про права людей з інвалідністю). За даними ВООЗ кількість дітей-інвалідів на планеті за останні роки збільшилась вдвічі і перевищила 100 млн.осіб.

Близько 10% населення Європи (майже 87 млн.) страждають від інвалідності. У 2013р. в Україні майже 2,8 млн. інвалідів -6% від усього населення. Щороку кількість їх збільшується на 200-220 тис. чоловік.

Нажаль в Україні за останні 12 років дитяча інвалідність виросла на 78% (з 95,7 до 170,4 на 10 тис. дитячого населення), а число дітей-інвалідів перевищило 160 тис.осіб. Щорічно 16 тис. отримують статус «дитина-інвалід», а 20% з них – з причини хвороб нервової системи, передусім ДЦП. В Україні створена і функціонує мережа реабілітаційних закладів для дітей та молоді з особливими потребами. У м. Вінниці з 2006 року працює Центр соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій».

Мета: відновлення та підтримка фізичного та психічного стану, формування уміння максимально незалежно проживати у громаді, адаптація та інтеграція у суспільство дітей та молоді з функціональними обмеженнями.

Основними напрямками роботи Центру «Обрій» є: надання психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, юридичних та інформаційних послуг дітям та молоді з функціональними обмеженнями і членам їх

сімей; створення сприятливих умов для розвитку природних позитивних нахилів, творчих здібностей і самовираження дітей та молоді з функціональними обмеженнями; формування готовності для самостійного життєзабезпечення та праці; Центр, відповідно до покладених на нього завдань: забезпечує розроблення та виконання індивідуальних реабілітаційних планів супроводу; залучає батьків до співпраці в процесі реабілітації, дає їм методичні поради; організовує проведення для дітей та молоді, що в ньому перебувають, заходів, спрямованих на успішну реабілітацію та інтеграцію в суспільство; здійснює лікувально-оздоровчі заходи та організовує медичне обстеження клієнтів і у разі необхідності надає невідкладну допомогу; забезпечує 6-ти годинне перебування; забезпечує одноразове харчування; транспортне перевезення.

В центрі проводиться психолого-педагогічна, соціально-побутова та фізична реабілітація, в рамках яких діє 8 програм (психологічна підтримка, адаптаційна, рухова активність, працетерапія, комп'ютерознавство, розвиток творчих здібностей, читачський клуб «Дивосвіт», школа волонтерів «За покликом серця», центр підтримки сім'ї).

В залежності від потреб та порушень отримувачів послуг спеціалісти центру, проводячи заходи реабілітації та адаптації здійснюють інтенсивний, постійний, періодичний супровід та догляд дітей та молоді з важкими формами дитячого церебрального паралічу, синдрому Дауна, розумової відсталості, аутизму, психічних розладів.

Висновок: Комплекс реабілітаційних заходів, що проводяться в Центрі «Обрій» допомагають молоді і дітям адаптуватись до життя в соціумі.

Т.В. Кузьмінець, Г.О. Фурсенко

ВИПАДКИ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У СПОРТСМЕНІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.В. Лежньова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За визначенням ВООЗ, "раптова смерть в спорті" передбачає випадки смерті, що настала безпосередньо під час фізичних навантажень, а також протягом 1 години з моменту появи перших симптомів, які змусили змінити або припинити свою діяльність у практично здоровій людині або у хворого, який був у задовільному стані. Дана проблема є важливою оскільки помирають, як правило молоді люди, в яких залишилася не діагностованою серцево-судинна патологія. Існує великий інтерес до виявлення таких захворювань на початку кар'єри спортсмена аби мінімізувати ризик раптової серцевої смерті у них.

Мета і завдання дослідження: Причиною раптової серцевої смерті (РСС) у спортсменів бувають: захворювання серцево-судинної системи; травми голови, грудної клітки; патологічні стани, що виникають внаслідок неадекватного застосування фізичного навантаження, вживання допінгів, перевтома та ін. В патогенезі РСС важливе місце належить стану центральної і вегетативної нервової систем. Механізм вмилання базується на тому, що при наявності факторів ризику розвивається стан, при якому фізичне навантаження не відповідає функціональним можливостям організму людини та перевершує їх, внаслідок чого виникають функціональні та органічні зміни. Метою даного дослідження є звернути увагу медичної спільноти на таку важливу проблему як збереження здоров'я спортсмена: вчасна та якісна діагностика та профілактика захворювань серцево-судинної системи у людей, які займаються спортом. Завданнями даного дослідження є аналіз статистичних даних випадків раптової серцевої смерті у спорті та опису можливих причин, механізмів розвитку та пропозиція можливих методів діагностики та профілактики РСС у спортсменів.

Висновки: проаналізувавши статистичні дані у світі, частота РСС серед молодих спортсменів становить 1:50000, що підтверджує той факт, що РСС у спорті є не частим, але вкрай трагічним явищем. Більшість випадків РСС у спортсменів виникають через зловісні аритмії, зазвичай шлуночкові тахікардії, які закінчуються фібриляцією шлуночків. Баланс між ризиками та перевагами у спорті залежить від декількох факторів, включаючи наявність і характер хвороби серця, рівня фізичної підготовки, характеру та інтенсивності спортивної діяльності, віку та географічних особливостей. Найбільша кількість зафіксованих випадків РСС припадає на легку атлетику, однак не меншої уваги потребують і інші види спорту. Одним з можливих методів профілактики захворювань серцево-судинної системи та зниження ризику РСС є постійний моніторинг стану здоров'я спортсменів, створення державних програм щодо доступного медичного забезпечення для спортсменів на різних рівнях, від початківця – до майстра спорту.

О.В. Долинна, М.В. Кумановська

РІВЕНЬ КОМОРБІДНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФОРМУЮЧИМИ ДОРСОПАТІЯМИ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

П.Ф. Колісник (д.мед.н., проф.), С.П. Колісник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Термін «коморбідність» в 1970 році запропонував американський епідеміолог А. Feinstein. Під

час проведеного ним дослідження спостерігався більш несприятливий прогноз у пацієнтів з ревматичною лихоманкою, які мали декілька захворювань. Поширеність коморбідності серед хворих різного віку складає 69-98%. Ефективність лікування, перебіг та прогноз захворювань тісно пов'язані з корекцією факторів, які впливають на виникнення множинної патології. На нашу думку, одним з них можуть бути деформуючі дорсопатії (ДД), тому що вони призводять до зміни синтопії внутрішніх органів, деформації судин, вивідних проток, нервів, а це зумовлює порушення їх структури і функції.

Мета: Оцінити показники коморбідності у пацієнтів з деформуючими дорсопатіями.

Матеріали та методи: Вихідні дані отримані способом вкопіювання інформації з амбулаторних карт 134 пацієнтів (41 чоловік та 93 жінки, віком від 21 до 75 років), які лікувалися в «Центрі медичної реабілітації та спортивної медицини» (м. Вінниця) у період з 2011 по 2017 рр. Пацієнти були розділені на основну (з ДД – 87 хворих) і контрольну групи (без ДД – 47 хворих), репрезентативні за статтю і віком. Рівень коморбідності визначали за індексом Kaplan–Feinstein, який базується на сумарній оцінці стану кожної з систем органів вираженій в балах (від 0 до 3 балів). Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням пакета прикладних програм Microsoft Excel. Достовірність різниці середніх величин оцінювали за t-критерієм Стьюдента.

Результати: За опитувальником Kaplan–Feinstein загальна сума в основній групі склала 222 бали (581 захворювання; середнє значення індексу – 2,55) та 74 бали – в групі контролю (53 захворювання; середнє значення індексу – 1,54). В структурі захворювань переважали хвороби шлунково-кишкового тракту (210 – 33 %), опорно-рухового апарату (223 нозології – 35 %) та серцево-судинної системи (158 нозологій – 25 %). Виявлено статистично значиму різницю отриманих середніх величин індексу коморбідності Kaplan–Feinstein ($t=3,91$, $p<0,05$).

Висновки: Рівень коморбідності у пацієнтів з деформуючими дорсопатіями є достовірно вищим ($t=3,91$, $p<0,05$), тому для підвищення ефективності лікування, покращення прогнозу і запобігання поліпрагмазії необхідно проводити їх корекцію.

Ю.О. Купрата

ПРОФІЛАКТИКА ВПЛИВУ ДІОКСИНІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діоксини – сполуки, які утворюються виключно внаслідок діяльності людини. Це найсильніші з відомих отрут, які мають канцерогенну, мутагенну і тератогенну дію. 95 % діоксинів потрапляють до організму людини з їжею при споживанні забруднених харчових продуктів.

Мета і завдання: В Україні до цього часу відсутня Національна програма з охорони навколишнього середовища і здоров'я населення від впливу діоксинів. Зниження рівня впливу на людей найкращим чином досягається шляхом проведення заходів. Наші зусилля на даному етапі повинні бути спрямовані на проведення інформаційної та просвітницької роботи з підвищення культури харчування, дотримання гігієнічних вимог до процесів переробки і виробництва продуктів харчування, використання технологій, які зменшують ймовірність забруднення діоксинами.

Методи та їх застосування: Аналіз літературних даних, розробка методів профілактики негативного впливу діоксинів на людину.

Основні результати: Існують 419 типів діоксинових з'єднань, які виникають при виробництві хлору, добрив, переробки нафти.

Діоксини знаходять в димових газах і стічних водах виробництв. Їх виявляють у питній воді і продуктах харчування, в туалетному папері, сигаретному димі, в милі, в сосках для немовлят і в грудному молоці матері.

В першу чергу діоксини руйнують імунну систему, викликають мутацію і деструкцію клітин печінки, впливають на репродуктивну систему людини, викликаючи безпліддя. З'ясувалося, що діоксини зв'язуються з білками клітини, проникають в її ядро і активують там специфічні гени, в результаті чого зростає обсяг ферменту, який в організмі прискорює окислювальні процеси. А це і є шлях до передчасного старіння. Для зниження ризику інтоксикації діоксинами потрібно мати збалансоване харчування, що включає фрукти, овочі і злаки в належних кількостях. Ретельне промивання м'яса, риби, овочів, фруктів, зняття з них шкірки зменшує вміст в них даних токсикантів на 25-50%. Цьому також сприяє видалення жиру з м'яса, шкіри з підшкірним шаром жиру з тушок птахів і риби. Зниження діоксинів в м'ясних і рибних продуктах після варіння відбувається в середньому на 50%.

Висновки: Таким чином, в даний час людство усвідомило навісну загрозу. Людство не може відмовитися від хімічної промисловості або від автомобілів. Отже, уникайте вдихання повітря індустріального походження або диму після спалювання твердих відходів. Не паліть. Пийте по можливості чисту воду, найкраще для пиття і приготування їжі використовувати воду з глибоких водних горизонтів.. Прагніть зменшити споживання нітратів. У присутності діоксинів вони можуть стати джерелом канцерогенних амінопохідних. Користуйтеся

правилами обробки овочів, що знижують вміст нітратів в приготовленій їжі. І останнє - не бійтеся жити в наш непростий час.

К.А. Курій

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТЕРОРИСТА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н.Д. Корольова (к. псих. н., доц.), А.М. Шевчук (к. психол. н., викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Причини зростання тероризму завжди полягають у наростанні кризових явищ, ослабленні контрольно-регулятивної функції політики і, зокрема, ослабленні функцій держави. Пов'язані вони і з недостатньою здатністю суспільства або окремих країн, а можливо, і всього світового співтовариства регулювати складні соціально-політичні процеси.

Центральним елементом тероризму є терористичний акт, який переслідує як конкретні цілі, так і більш загальні, іноді символічні цілі.

Мета роботи: Проаналізувати та виявити загальні риси, за якими серед мирних громадян можна було б розпізнати терориста-смертника.

Методи та матеріали: Теоретичний аналіз наукової та методичної літератури.

Результати: Генеральна мета терористичного акту - поширення загального страху, паніки, провокування репресій з боку влади, що можуть, на думку терористів, дати «детонуючий» політичний ефект. Суб'єктом тероризму можуть виступати окремі особи, а також спеціалізовані терористичні організації. Як показують останні трагічні події, терористами-смертниками можуть бути особи обох статей. Судячи за даними аналізу випадків вчинення терористичних актів, терористами-камікадзе можуть бути молоді люди 18-35 років, причому різних національностей. Також були випадки скоєння терактів неповнолітніми та підлітками. За даними джерел літератури, встановлено психологічний портрет терориста. Більша частина порівняльних досліджень не виявила ніякої явної психічної неосудності терористів. Серед членів терористичних груп спостерігається значна озлобленість параноїдальних індивідів. Загальна риса багатьох терористів - пошук зовні джерел особистих проблем. Має місце сильної сконцентрованості на захисті «Я» шляхом проєкції. Інші характерні риси – постійна оборонна готовність, надмірна відданість собою і незначна увага до почуттів інших. Була виявлена психодинаміка, схожа з тією, яка виявлена у випадках, що межують з нарцистичними розладами. Головна мета терориста – демонстрація власної сили, а не нанесення реальної шкоди. Терорист не прагне до безіменності, він завжди охоче бере на себе відповідальність за свої дії. Психологічний аналіз дозволяє виділити три найбільш яскраві варіанти такої «терористичної машини»: «синдром зомбі», «місіонерство», «синдром камікадзе». Психологічні типи терористів певною мірою (хоча й не абсолютно) відповідають чотирьом типам темпераменту. Диференціальний аналіз показав, що серед учасників терористичних організацій і терористичних дій 46% холериків, 32% - сангвініків, 12% - меланхоліків і 10% - флегматиків.

Висновок. З усього вже сказаного випливає, що тероризм - це особлива форма, насамперед, політичного насильства, що характеризується жорстокістю, цілеспрямованістю і зовні досить високою ефективністю. На практиці, конкретно, це вчинення демонстративно деструктивних, руйнівних дій для того, щоб викликати страх, залякати своїх супротивників або ж все населення, фізично знищивши їх представників або завдавши значних матеріальних збитків.

В.В. Лагода, Р.О. Картелян

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗАБРУДНЕННЯ СМІТТЯМ В УКРАЇНІ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ЦЬОЇ ПРОБЛЕМИ

Кафедра загальної гігієни та екології
Н.М. Фещук (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На даний момент проблема сміття в Україні є дуже важливою. Площа сміттєзвалищ становить 7% від території України, що дорівнює 42,3 тис. км², а це більше, ніж площа будь-якої області України. При цьому у нас переробляють близько 4% сміття, а в Європі в середньому більше 60%. Тому вирішення цієї проблеми є дуже актуальним на сьогоднішній день.

Мета: Провести анкетування про готовність до сортування і переробки сміття серед двох груп студентів: для першої групи буде проведена бесіда, яка демонструвала критичний стан забруднення, а в другій групі анкетування буде здійснена без попередньої бесіди. Опрацювати літературу щодо аналізу ситуації забруднення та шляхів утилізації сміття.

Матеріали та методи: Створена нами анкета за зразком сучасних опитувань, яка містить питання стосовно дій на даний момент, готовності до співпраці з комунальними службами і сприяння утилізації сміття. Також в анкеті ми дали можливість студентам запропонувати свої ідеї щодо шляхів зменшення кількості сміття на

території України. Джерела інформації, що містять дані про інтенсивність забруднення сміттям, порівняння зі станом у інших країнах, найновіші методи утилізації сміття, які можна використати у нашій державі.

Результати: Було опитано 100 студентів: 1 група – 50 студентів без попередньої бесіди; 2 група – 50 студентів з попередньою бесідою. В першій групі отримано наступні дані: 78% опитаних вважають цю проблему актуальною; 68% готові до співпраці з комунальними службами, при цьому лише 12% на даний момент сортують сміття; 14% готові до сприяння утилізації сміття. В другій групі отримані такі дані: 90% опитаних вважають цю проблему актуальною; 78% готові до співпраці з комунальними службами, при цьому лише 10% на даний момент сортують сміття; 22% готові до сприяння утилізації сміття.

Висновки: 1. Опрацювавши джерела інформації ми можемо запропонувати такі способи вирішення проблеми: встановити податки для виробників товарів, збільшити тарифи на захоронення сміття на полігонах, збільшити штрафи за вивіз сміття на нелегальні полігони, підвищити контроль за діяльністю комунальних служб, звільнити від податків бізнес по переробці сміття.

2. Проаналізувавши дані анкетування ми зробили наступні висновки: більшість людей вважають цю проблему актуальною, але при цьому невелика кількість студентів сортують сміття. При цьому проведення бесіди, яка демонструє критичність ситуації, позитивно вплинула на студентів. В другій групі людей на 12 % більше вважає проблему актуальною, на 10 % більше готові до співпраці з комунальними службами. Також спостерігалася позитивна динаміка у готовності до сприяння утилізації сміття в Україні.

О.С. Лемешов

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ТРАВМОЮ ХРЕБТА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В. В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні роки кількість хворих з пошкодженнями хребта та спинного мозку значно збільшується. В Україні кожного року в середньому реєструється 1500-2000, а в Вінницькій області – біля 120 випадків спино-мозкової травми. Таким чином, беручи до уваги досить суттєву розповсюдженість травм хребта, важливо визначити особливості надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) при даній травмі.

Мета: визначити особливості надання ЕМД постраждалим з травмою хребта бригадою екстреної медичної допомоги.

Матеріали та методи: проведений аналіз карт стаціонарних хворих - яким було виконано оперативне втручання с приводу травм хребта за останні 5 років, карт виїзду швидкої медичної допомоги, супровідних листків, Наказ МОЗ України від 15.01.2014 № 34 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги", сучасної літератури за останні 5 років.

Результати: Під час обстеження постраждалого з травмою хребта треба забезпечити прохідність дихальних шляхів. За необхідності проводять ШВЛ, уведенням носо- чи фарингеального повітровою, відновлюють прохідність дихальних шляхів, зупиняють кровотечу, застосовують протишокові заходи. При підозрі на травму хребта, при пальпації необхідно обережно завести руку під задню поверхню шиї або обережно за допомогою асистента перевернути постраждалого на бік, підтримуючи голову. Необхідно провести огляд і пальпацію шиї та доступних ділянок хребта для виявлення ушкодження та визначення ознак патології спинного мозку. Необхідно звернути увагу на наявність крепітації при деформації по лінії остистих відростків і на рихлість тканин та збільшення проміжків між остистими відростками. Ці ознаки можуть свідчити про нестабільний перелом хребта. В такому випадку необхідно накласти тимчасовий жорсткий шийний комір та забезпечити нормальне розташування осі тіла, болюсно ввести метілпреднізолон в дозі 30 мг/кг в/в впродовж 15 хвилин. Постраждалих транспортують на твердих ношах у положенні на спині, на щиті або його аналогу без зняття попередньої іммобілізації. При цьому голова додатково обкладається з обох сторін мішочками з піском та фіксується стрічкою. Хворого доставляють до відділення нейрохірургії, де проводиться подальше хірургічне лікування. Жителям Вінницької області за останні 5 років було виконано 582 оперативних втручань з приводу травм хребта, серед них нестабільних – 254. Частіше ушкоджувався грудо-поперковий сегмент хребта Th11- L2 – 302 випадки. В вибірці переважали чоловіки (305) над жінками (277). Жителі міст склали 227, сіл – 355.

Висновки: Травма хребта являється досить розповсюдженою патологією, яка може мати трагічні наслідки. Бригади екстреної медичної допомоги чітко дотримуються алгоритмів надання невідкладної допомоги постраждалим з даними травмами. Чоловіки отримують травми частіше ніж жінки. У жителів сільської місцевості травми виникають частіше ніж у жителів міст.

В.П. Лепетун
РИЗИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В. Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Використання харчових добавок актуальне з погляду підвищення конкурентоспроможності продукції. Воно має на меті істотно поліпшити зовнішній вигляд, смак, аромат, консистенцію виробів, забезпечити випуск продукції із заданим комплексом поліфункціональних властивостей, підвищеною стійкістю під час зберігання.

Мета Основною метою є дослідження впливу харчових добавок на організм.

Матеріали та методи: Аналіз літературних та наукових джерел, журналістських статей та глобальної мережі Інтернет.

Результати: Виробництво харчових добавок розвивається швидшими темпами, ніж виробництво харчових продуктів, що пов'язане з загальними тенденціями розвитку індустрії здорового харчування. Важливо враховувати, що деякі харчові добавки проявляють свою патологічну дію не одразу, а після їх тривалого застосування, а інколи токсична дія проявляється при комбінаціях з іншими харчовими речовинами. У разі акумуляції виникає складна залежність між біологічною активністю речовини, величиною дози, швидкістю виведення з організму та інтервалом надходження речовини до організму. На даний час нам відомі велика кількість харчових добавок, які несуть колосальний вплив на організм. Серед них: E967 – викликає жовчно-кам'яну хворобу, E952 – У США та Великобританії вважається канцерогенним, E926 – канцероген, E104 – викликає дерматити, E102 – викликає напад бронхіальної астми, E110 – викликає алергічні реакції та нудоту. Серед заборонених у більшості країн світу: E121 - цитрусовий червоний, E123 - червоний амарант (барвник), E128 - червоний 2G (барвник), E216 - пара-гідроксibenзойної кислоти пропіловий ефір (консервант), E217 - пара-гідроксibenзойної кислоти пропілового ефіру натрієва сіль (консервант), E240 - формальдегід (консервант). Ті, що викликають злаякісні пухлини: E103, E105, E121, E123, E125, E126, E130, E131, E142, E152, E210, E211, E213-217, E240, E330, E447.

Висновки: Вплив харчових добавок на організм людини суворо індивідуально, але можна виділити деякі закономірності. По-перше, у харчових добавок є таке поняття як допустима добова норма споживання (ДНС). Вважається, що якщо ви вживаєте добавки з продуктами харчування менше допустимого, то нічого організму не загрожує. Питання визначення кількості харчових добавок в їжі чи напоях залишається відкритим: у складі не вказується, скільки грам припадає на кожен добавку. Тому, ви можете і перевищити ДНС самі того не помітивши. Так що норма начебто як є, але як її використовувати, тлумачної відповіді немає. По-друге, люди більш сприйнятливі до добавок, а це в першу чергу вагітні та діти, сильніше реагують на їх присутність в продуктах харчування. Так, випивши одного і того ж соку, ви нічого не відчуєте, а у дитини може проявитися алергія. Тому варто більш уважно ставитися до продуктів, які їсть і п'є дитина.

Ж. М. Лигущ, Т. Ф. Мостова

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ КРОВОТЕЧІ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ БЕЗ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М. В. Матвійчук (к.м.н., доц.), В.М. Сивак (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на високі досягнення в області медицини, невміння правильно надати домедичну допомогу при кровотечах призводить до летальних наслідків на полі бою. Своєчасно надана перша допомога може врятувати життя людини незалежно від локалізації пошкодженої судини і виду гострої крововтрати. Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою збереження життя пораненому. Аналіз причин загибелі військовослужбовців під час ведення бойових дій вказує, що основними причинами смерті 60-66 % таких поранених стали масивна крововтрата та шок.

Мета: У секторі обстрілу у максимально стислий час навчити надавати тільки той мінімальний обсяг допомоги, який дозволить пораненому дожити до закінчення бою або забезпечить його життєздатність під час транспортування в укриття, а саме правильність використання ІПП, джгутів, підручних засобів, не забуваючи про сучасні новинки медицини.

Матеріали і методи: Об'єкт дослідження – система надання домедичної допомоги військовослужбовцями без медичної освіти. Предмет – відсутність належного матеріального забезпечення, знань, практичних навичок та психологічної підготовки у військовослужбовців, щодо надання допомоги при кровотечах під час ведення бойових дій. Це все обумовлено відсутністю системи навчання навичкам військової медицини, на початку війни відсутність достатньої кількості укомплектованих за сучасними світовими стандартами індивідуальних аптечок, неадекватні потребам умови та засоби медичної евакуації та етапності надання медичної допомоги.

Військово-медична підготовка бійців – важливий чинник, що забезпечує ефективність виконання бойових операцій з мінімальними втратами. Дослідження, проведені командуванням армії США, показало, що Tactical Casualty Combat Care («Тактична допомога пораненим у бою») є одним з найбільш цінних елементів підготовки особового складу.

Результати: Ситуація з медичним забезпеченням учасників в зоні АТО виявила ряд недоліків, обумовлених відсутністю сучасної військово-медичної доктрини та неспроможністю керівництва відповідних відомств своєчасно реагувати на виклики ситуації, що складається за умов військових дій. Ефективність системи військової охорони здоров'я та результати лікування поранених і хворих військовослужбовців залежать від своєчасності надання необхідних видів і обсягів допомоги. Тому Держава повинна зробити певний крок вперед щодо поліпшення даної ситуації, а саме зробити наголос у підготовці військовослужбовців на вмінні надавати першу само- та взаємодопомогу, щоб зменшити кількість летальних наслідків, тим самим мінімізувати втрату серед особового складу.

Висновки: Таким чином, поліпшення забезпеченості військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту, освоєння ними порядку їх використання, а також набуття знань щодо надання домедичної допомоги при пораненнях є основою для зростання показників виживання поранених на полі бою та поліпшення кінцевих результатів їх лікування.

Я.П. Лісков

АНОМАЛІЯ КІМЕРЛІ ЯК ПРИЧИНА ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ

П.Ф. Колісник (д.мед.н, проф.)

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ. Аномалію Кімерлі (АК) відносять до краніо-вертебральних мальформацій, вона за даними різних авторів, зустрічається у 12 - 30 % пацієнтів у вигляді осифікації атланта-окципітальної зв'язки. Частіше АК відносять до вроджених вад розвитку, яка не призводить до клінічних наслідків. Частина авторів стверджує, що найбільш імовірною причиною порушення кровообігу у вертебро-базиллярному басейні є саме ця патологія.

Мета: провести аналітичний огляд літератури та вивчити роль АК у виникненні неврологічної патології зумовленої травмуванням хребтових судин, а також дослідити сучасні методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Матеріали та методи: публікації наукометричних баз Web of Science, PubMed, Medscape.

Результати аналізу 108 публікацій наукометричних баз Web of Science, PubMed, Medscape за 1977-2016 роки вказують на неоднозначність сучасних поглядів що до ролі АК у розвитку вертебро-базиллярних порушень. Частина авторів наводить чіткий зв'язок між низкою неврологічних симптомів та наявністю осифікації атланта-окципітальної зв'язки, а інша вважає АК краніо-вертебральною мальформацією, котра не є захворюванням і не спричиняє травмування а. vertebralis, тому не призводить до жодних клінічних проявів. В літературних джерелах основним методом лікування запропоноване фармакотерапія (НПЗП, сечогінні засоби, судинні та нейропротекторні засоби тощо), рідше згадуються хірургічні методи корекції. Не вивчено роль інших методів лікування таких як: фізіотерапія, лікувальна фізкультура, остеопатія тощо.

Висновки: огляд літератури вказує на відсутність спільного погляду щодо зв'язку між наявністю АК та розвитком неврологічної симптоматики у пацієнтів. Серед методик лікування, які використовуються при АК переважають симптоматичні та хірургічні підходи. Враховуючи високу ефективність методів медичної реабілітації при лікуванні внутрішньої патології, вважаємо за доцільне дослідити їх вплив на перебіг порушень при частковій компресії а. vertebralis внаслідок осифікації атланта-окципітальної зв'язки.

М.О. Лук'яненко, С.В. Логінова

РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В. Шевчук (к. мед. н., доц.)

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

Актуальність: тривога – негативно забарвлена емоція, що виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важковизначені передчуття. На відміну від страху, причини тривоги зазвичай не усвідомлюються, але вона попереджує участь людини в потенційно шкідливій поведінці, чи стимулює її до дій з підвищення ймовірності благополучного закінчення подій. У більшості випадках певний рівень тривоги рідко цілком нормальна, що являє собою природну реакцію на стресову ситуацію. А патологічних рівнів тривоги досягає лише тоді, коли ступінь тривоги не пропорційна її причини або коли зовсім не існує об'єктивної зовнішньої причини для тривоги. Тривога, як явище, характерна для сучасних темпів життя і зокрема студентства. Підвищена тривога у студентів негативно впливає на успішність у навчанні, а також призводить до виникнення

різних психічних та соматичних захворювань. Тому важливо провести корекцію високого рівня тривожності серед студентів для збереження їхнього психічного та фізичного здоров'я.

Мета: визначити рівень тривожності студентів ВНМУ під час навчання на кафедрах теоретичного і клінічного спрямування в залежності від рівня підготовки і типу темпераменту студента та дати рекомендації щодо її корекції.

Методи та матеріали: в цілому було обстежено 60 студентів 3 курсу. Обстеження проводилось на кафедрах клінічного та теоретичного спрямувань. Вибірка мала відмінності за статевим складом, рівнем готовності до заняття та типом темпераменту. Для вивчення рівня тривожності використовувався тест Тейлора, що складається з 30 питань і визначає рівень навчальної, самооцінної та міжособистісної тривоги. Для визначення типу темпераменту – тест Айзенка, що містить 60 питань. Для самооцінки готовності студентів до занять – анкетування. Для зниження підвищеного рівня тривожності використали кілька методів (метод імплузії, вправу «Відпускання каміння», техніку «Непотрібне продишайте», хвилину релаксацію).

Результати: під час початкового дослідження було отримано наступні дані: найбільший рівень тривожності спостерігався у чоловіків меланхоліків та жінок холериків, в меншій ступені підвищення визначалось у жінок меланхоліків та чоловіків холериків, в інших досліджуваних рівень тривожності був в межах норми. В середньому рівень тривожності був підвищений у 55% досліджуваних осіб. Після використання вищевказаних методів корекції, рівень тривожності знизився у сангвініків на 10%, у флегматиків на 6%, у холериків на 4% та у меланхоліків на 2%. Також, спостерігалось зниження тривожності студентів на 20-30% що пов'язано з кращою підготовкою до заняття.

Висновки: Отже, рівень тривожності залежить в більшій мірі від рівня підготовки студента до заняття, також значний вплив має тип темпераменту студента та спрямування кафедри. Слід зауважити, що підвищена тривожність притаманна передусім холерикам та меланхолікам, у сангвініків та флегматиків рівень тривожності переважно в нормі. Після тижневого виконання запропонованих нами вправ для корекції тривожності у студентів відбулося зниження тривоги в середньому на 6%.

Р.Л. Любевич, Т.Ю. Повшедна, О.В. Степаненко

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РІВНЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, НАВЧАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТА УМОВ ПРАЦІ СТУДЕНТІВ I – III КУРСУ І ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ТИПОМ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ КОНСТИТУЦІЇ

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.І. Краснова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними численних літературних джерел здоров'я людини тільки в тому випадку відчуває мінімальні негативні зміни, коли життєдіяльність індивіда в повній мірі відповідає типу його функціональної конституції („Спринтер” – індивід погано пристосований до тривалих перенавантажень, „ Стаєр „ – організм, здатний стабільно витримувати тривалі й монотонні навантаження, „ Мікст” – проміжний тип з оптимально-адекватним способом реагування на різні зміни зовнішнього середовища). Вона має прямий зв'язок з факторами зовнішнього середовища і при розвитку патологічних процесів. Надмірні перевантаження та умови навчання студентів призводять до розвитку втоми та перевтоми.

Мета: Встановити взаємозв'язок типу функціональної конституції студентів з їх працездатністю та навчанням.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження стали 300 студентів ВНМУ I-III курсів віком 17-22 роки. Дослідження проводилось в добровільному порядку для зменшення суб'єктивності отриманих результатів. Для отримання необхідних даних була розроблена анкета, яка включала тести для визначення хронічної втоми, типу функціональної конституції і працездатності (коректурна проба Ландольта на увагу).

Результати: Було виявлено, що серед I курсу спринтерам є 15,2%, стаєрами – 21,7%, мікстами – 63,1%. Відповідно на II і III курсах – 10,7%, 38,7%, 50,6% та 21,4%, 12,3%, 66,3%.

За даними дослідження визначили, що 30% студентів I курсу і понад 40% - II та III курсів проводять більше 4 годин в день за своїми смартфонами. В якості електронної книги їх використовують 34% студентів I курсу, а серед II і III курсів відповідно 62% та 98%. На кожному курсі освітлення у понад 30% студентів не відповідає гігієнічним вимогам і 10% з них не намагаються виправити це настільними лампами. В ході дослідження виявилось, що лише 10% студентів носять окуляри постійно, 15% – під час читання і близько 20% – за комп'ютером. Симптоми погіршення функціонального стану під час роботи за комп'ютером визначаються у всіх студентів. При чому якщо серед студентів I курсу спостерігалось понад 6 симптомів лише у 9%, то у II курсу цей показник становив 13%, а у III курсу досягнув позначки 14,4%. Легку втому мають 13% студентів I курсу, 10,7% – II, 25,5% – III. Другий ступінь втоми наявний у 62,1%, 59,3% і 39,7% відповідно. Третій ступінь втоми мають 21,7% студентів I курсу, 6,4% – II, 33,8% – III. У 3,2% студентів I та 1% II та III курсу визначається важка втома.

Висновки: В ході проведення дослідження, виявилось, що 70% студентів мають середню працездатність та швидкість обробки інформації. Лише 13% показали високий результат, що відповідає типу функціональної

конституції “спринтер”, і 17% відповідно – низький результат, що відповідає типу функціональної конституції “стаєр”. Отже, тип функціональної конституції напряму пов'язаний із рівнем працездатності та навчанням. В усіх студентів виявлено втому різного ступеня. Розроблено рекомендації для попередження розвитку втоми та зниження працездатності.

П. К. Мальований
ОСОБЛИВІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТА

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Н.О. Сорокіна (ст.викл)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Інсульти є однією з найбільш частих причин інвалідності і смертності серед населення. За даними ВООЗ, щорічно реєструється в різних країнах світу 100-300 випадків інсульту на кожні 100 000 населення. Думки про терміни початку реабілітації в літературі суперечливі. Деякі автори відзначають поліпшення в стані хворих під дією реабілітації в перші 6 місяців, інші вважають, що відновлення порушених функцій досягає свого максимуму приблизно через 3 місяці від початку інсульту, а поліпшення рухової повсякденної активності, що відноситься до самообслуговування, триває до 6 - 12 місяців.

Мета: Вивчення ефективності комплексної реабілітації в умовах стаціонару хворих з ішемічним інсультом у відновний період захворювання.

Мета: Оцінити ефективність комплексу реабілітації у хворих. Оцінити вплив статі і віку хворих, на характер відновлення порушених функцій, в гострому періоді ішемічного інсульту, під впливом комплексної реабілітації.

Матеріали: Аналіз літератури та комплексу реабілітації і приватних кабінетах відновлення хворих після перенесення інсульту. Було досліджено 26 хворих, та проаналізовані данні із сайту www.cochranelibrary.com що до віку та статті пацієнтів, у зв'язку з нестачею пацієнтів (кількістю 26), що немає підстави до правдивого дослідження.

Результати: Інтенсивна комплексна кінезіотерапія з використанням апаратних методик з БОС є більш ефективною, ніж базова традиційна реабілітація, що підтверджується клінічними, апаратними та нейрофізіологічними дослідженнями. Використання БОС-технологій дозволяє включити пацієнта в процес усвідомленого відновлення втрачених навичок шляхом переведення несвідомих рухових актів в усвідомлені, причому виконання складних цілісних рухових актів на тренажерах більш виражено стимулює формування додаткових петель зворотного зв'язку між мозком і периферією, ніж традиційна лікувальна гімнастика.

Багатокомпонентна кінезіотерапія з використанням апаратних методик по розробленим протоколам є безпечною в ранньому відновлювальному періоді каротидного ішемічного інсульту і добре переноситься пацієнтами. Застосування стабілотреніровок більш показано у пацієнтів з порушеннями проприоцепції і функції вертикальної стійкості, а велотренувань на апараті THERA-vital - у пацієнтів зі зниженням сили і порушенням пропорційності зусиль кінцівок.

Висновки: Найбільш ефективним є комбіноване застосування апаратних реабілітаційних технологій з БОС, що дозволяє досягти не тільки достовірно кращих показників динаміки рухового дефіциту, а й поліпшення емоційних і когнітивних функцій пацієнтів в ранньому відновлювальному періоді каротидного ішемічного інсульту.

Б.О. Мандибура, О.А. Літун

**ЗМІНА ПРІОРИТЕТУ У НАДАННІ НЕВІКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ІНФАРКТМ
МІОКАРДА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ БРИГАДАМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.), В.В. Фішук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинна патологія посідає перше місце в загальній структурі захворюваності і є причиною передчасної смерті у 60% випадків. Це головним чином стосується інфаркту міокарда (ІМ). Вживання залежить від своєчасного проведення високоєфективних лікувальних заходів. На сьогоднішній день існує два напрями надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі: тромболітична терапія (ТТ) та стабілізація стану хворих для проведення коронарного стентування (КС).

Мета: Проаналізувати зміну пріоритету у виборі методу надання невідкладної допомоги хворим з ІМ на догоспітальному етапі бригадами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЕМД та МК) у Вінницькій області з 2008 по 2017 р.

Матеріали та методи: показники діяльності «Вінницького регіонального центру серцево-судинної патології», моніторингові показники Вінницького обласного центру ЕМД та МК, оперативні дані Вінницької, Бершадської,

Гайсинської, Жмеринської, Могилів-Подільської та Хмільницької станцій ЕМД та МК за період з 2008 по 2017 рр.

Результати: Аналіз моніторингу проведеної ТТ та КС хворим на ІМ у Вінницькій області свідчить про наступне: з 2008 року по 2013 рік ТТ на догоспітальному етапі застосовувалась лише бригадами Вінницької станції ЕМД та МК. З 2008 року по 31.12.16 р. на всіх станціях ЕМД та МК Вінницької області проведено 200 тромболізісів. За період з 28.06.2013 р. по 31.12.2016р. кількість проведеної ТТ бригадами ЕМД та МК Могилів-Подільської станції – 33, Бершадської – 29, Хмільницької – 23, Гайсинської – 21, Жмеринської – 20. З 2013 року у Вінницькій області був впроваджений метод КС. За період з 28.06.2013 р. по 31.12.2016 найбільшу кількість хворих зі значною тенденцією до щорічного збільшення доставляли бригади Вінницької станції ЕМД та МК – 1698, значно меншу кількість доставляли хворих бригади таких станцій ЕМД та МК: Бершадська – 23, Могилів-Подільська – 27, Жмеринська – 33.

Висновки: Догоспітальний тромболізис впроваджений у Вінницькій області з 2008 року і застосовувався у 200 випадках. З 28.06.2013 року спостерігалась позитивна динаміка збільшення кількості доставки хворих на КС. Відмічена нерівномірна кількість проведених методів ТТ та КС у хворих доставлених бригадами ЕМД та МК різних станцій Вінницької області, що пояснюється віддаленістю місця проживання хворих від «кардіологічного центру». Щорічне збільшення кількості проведених коронарних стентувань хворим з ІМ пов'язане з доступністю вказаного малоінвазивного методу завдяки безкоштовному забезпеченню пацієнтів стентами, які закупляються за бюджетні кошти.

М.І. Мартинець, Ю.О. Філяк

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ-ВЕГЕТАРІАНЦІВ

Кафедра фізіології

Н.М. Воронич-Семченко (д.мед.н., проф.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: Дієтологи все більше уваги приділяють індивідуальній реакції організму людини на ту чи іншу їжу. У той же час доволі поширеним залишається вегетеріанство. Його прихильники вважають, що тільки рослинна їжа є природним харчуванням для людини, тому позитивно впливає на діяльність мозку, підвищує інтелект і збільшує тривалість життя (Федів О., 2015). Найчастіше до вегетаріанства долучаються, щиро вважаючи, що це принесе користь здоров'ю і продовжить життя.

Мета: з'ясувати особливості психофізіологічного статусу студентів-вегетаріанців.

Матеріал та методи. Для досягнення мети протестовано 8 студентів-вегетаріанців (основна група) та таку ж кількість однолітків, які збалансовано харчуються (контрольна група). Психофізіологічний статус оцінювали за рівнем коефіцієнта інтелекту IQ (Вітенко І.С. та співавт., 2003), об'ємом короткочасної пам'яті на цифри, шляхом вивчення особливостей уваги (за допомогою коректурної проби), дослідження темпу сенсомоторних реакцій за допомогою модифікованих таблиць Шульте (Воронич-Семченко Н.М., 2015). Статистичний аналіз показників здійснювали за допомогою стандартних програм статистичного аналізу.

Результати: У результаті дослідження встановлено достовірні відмінності досліджуваних показників щодо контрольних даних. Зокрема, коефіцієнт IQ у вегетаріанців на 28,0% ($p < 0,05$) менший, ніж у студентів контрольної групи ($89,8 \pm 7,8$ ум.од. щодо $124,8 \pm 5,3$ ум.од. відповідно). Об'єм короткочасної пам'яті на цифри у студентів основної групи менший на 63,8 % ($p < 0,05$) проти аналогічних показників у контрольній групі ($4,7 \pm 1,1$ щодо $7,7 \pm 0,3$). Виявлено також зниження стійкості уваги - на 37,4 % ($p < 0,05$), інтенсивності уваги - на 30,0 % ($p < 0,05$) у студентів-вегетаріанців щодо аналогічних показників у контрольній групі обстежених.

Висновок. Інертність психічних реакцій та погіршення процесів розумової діяльності може бути наслідком впливу ряду чинників, у тому числі - особливостей харчування.

М. С. Музика, Г.М. Липівський

ОЦІНКА ВПЛИВУ СПОРТИВНОГО МАСАЖУ, ЯК ЗАСОБУ ВІДНОВЛЕННЯ У СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ

Кафедра фізичного виховання

І.В. Лисак (ст. викладач, к. н. з фіз.вих. та сп.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В сучасних умовах підготовки спортсменів різних видів спорту зростають вимоги до підтримки їх працездатності, використання науково-обґрунтованих методик щодо реабілітації та відновлення. Особливо зростає їх роль наприкінці тренувань, коли нарастають явища втоми та необхідно підготувати спортсменів до майбутніх змагань. Підвищення загальної і спеціальної працездатності спортсменів є однією з важливих проблем методики тренувань. Відновлення працездатності спортсменів після тренувальних і змагальних навантажень може здійснюватися природним шляхом, проте його можна і значно прискорити, використовуючи

для цього різні засоби. У зв'язку з цим виникає необхідність використовувати всі сучасні засоби відновлення, які сприяють зняттю втоми і профілактики травматизму. Найбільш ефективним і простим з них є масаж.

Мета: На основі аналізу літератури, анкетування, проведених тестів і функціональних проб вивчити ефективність комплексного впливу масажу на відновлення та працездатність студентів-спортсменів.

Матеріали та методи: аналіз науково-методичної літератури, спостереження, тестування, функціональні проби, методи математичної статистики.

На базі ВНМУ було проведено дослідження в основу якого було покладено вивчення впливу спортивного масажу на відновні процеси у студентів і спортсменів. Для дослідження було залучено 30 чоловік, по 10 чоловік з секції баскетболу, легкої атлетики та боксу. Кожна секція була поділена на дві групи, в одній з яких досліджуваним проводився спортивний масаж після тренування.

Результати: За показниками Гарвардського степ-тесту, можна відмітити, що у спортсменів після масажу відмічаються набагато кращі показники, на відміну від спортсменів у яких відбувалося фізіологічне відновлення організму. Високі показники максимального споживання кисню (МСК) свідчать про високий серцевий, дихальний, ендокринний та інші фізіологічні резерви організму, іншими словами – високого рівня соматичного здоров'я індивіду. У досліджуваних після процедури показники МСК на 40% перевищували показники, ніж у спортсменів зі звичайним відновленням. Після проведеного масажу індекс проби Руф'є за оцінювальною шкалою був відмінним.

Згідно методики САН, у 90% опитувальних високий рівень самопочуття, хороша активність і підвищені показники настрою. За шкалами тривожності отримані низькі показники, причому у спортсменів після масажу взагалі не відмічається психоемоційної напруги. При виявленні рівня настрою у більшості досліджуваних після масажу був радісний, бадьорий настрій, а у іншій групі відмічалася незначна втома, хоча позитивний настрій тримався на досить високому рівні.

Висновки: Наше дослідження показало, що спортивний масаж позитивно впливає на відновні процеси у спортсменів різних секцій. Порівнюючи відновні процеси після масажу у спортсменів трьох секцій можна дійти висновку, що масаж як метод відновлення найефективніше впливає на організм боксерів.

Д.О. Орлова

СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к. псих. н., доц.), М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема синдрому тривалого стиснення (СТС) в наш час зберігає свою актуальність. Це пояснюється збільшенням кількості постраждалих від стихійних лих, техногенних катастроф, а також терористичних актів.

Мета роботи: Обґрунтувати основні принципи надання медичної допомоги пораненим з СТС на етапах медичної евакуації.

Методи та матеріали: Теоретичний аналіз наукової та методичної літератури.

Результати: Синдром тривалого стиснення розвивається коли тиск в межах м'язово-фасціального стиснення спричиняє ішемію та подальший некроз. Така ішемія може бути спричинена збільшенням розмірів стиснення (наприклад, набряк на фоні реваскуляризації кінцівки з ішемією) або зменшенням розмірів стиснення (наприклад, стискаюча пов'язка). СТС може виникати в будь-якому місці, де є м'яке обмеження замкнутого фасціального простору. Виникнення синдрому тривалого стиснення обумовлене поєднанням трьох чинників: больового синдрому; масивної втрати плазми, обумовленої виходом рідкої частини крові через стінки судин в пошкоджені тканини; травматичної токсемії (інтоксикації організму продуктами тканинного розпаду). Роздавлені м'язові тканини постраждалого втрачають до 66% калію, 75% міоглобіну, 75% фосфору і 70% креатиніну. Продукти розпаду надходять в кров, викликаючи ацидоз і порушення гемодинаміки. Міоглобін пошкоджує і закупорює ниркові каналці. Все це призводить до розвитку гострої ниркової недостатності, що загрожує життю. Допомога повинна надаватися в кілька етапів: догоспітальний період, що включає період компресії, ранній посткомпресійний період і транспортування; спеціалізована допомога в посткомпресійний період (ранній, проміжний і пізній етап). На догоспітальному етапі проводяться протишокові заходи, профілактика ГНН. Постраждалі з СТС потребують ранньої госпіталізації у спеціалізовані установи, оснащені діалізною апаратурою. Наслідки невиявленого синдрому стиснення є катастрофічними. Вони включають неврологічні розлади, некроз м'язів, ішемічну контрактуру, інфекції, повільне загоєння перелому та можливу ампутацію.

Висновки: Таким чином, досі не існує єдиної думки про патогенез та хірургічну тактику лікування синдрому тривалого стиснення. Це пояснюється існуванням різного уявлення про патогенез цього синдрому, тривалість компресії, численні клінічні прояви у післякомпресійний період.

Н.С.Павленко, І.С.Шакаєва
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПНЕВМАТИЧНОЇ ПРЕСОТЕРАПІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ
ПІСЛЯАМПУТАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи
Ю.О.Безсмертний (д.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: ампутація кінцівки являється інвалідизуючою операцією, одним з ускладнень якої є больовий синдром. Його частота складає 60-80 %, що свідчить про недостатню дослідженість проблеми і потребує розробки нових підходів до його профілактики та лікування.

Мета: оцінити клінічну ефективність пневматичної пресотерапії в профілактиці та лікуванні післяампутаційного больового синдрому.

Матеріали та методи: під нашим спостереженням знаходилось 62 хворих, яким виконані ампутації на рівні стегна та гомілки. У післяопераційному періоді хворих було розділено на три групи. Перша група - 29 хворих, яким з 4-5 дня після ампутації проводили пневматичну пресотерапію на апараті «Біорегулятор». Друга група - 22 хворих, яким призначали бинтування кукси без пресотерапії. Третя група - 11 хворих, яким бинтування та пресотерапію не застосовували.

Результати: через 3 тижні після проведеної ампутації у хворих 1-ї групи відмічали первинне загоєння післяопераційної рани, відсутність больового синдрому як в стані спокою, так і при виконанні вправ ЛФК. Ампутаційні кукси набули помірно конічну форму, при пальпації безболісні. Інтенсивність больового синдрому в цій групі зменшилась на 79,2 %, а насичення киснем м'яких тканин зросла на 65,5 %. Зі збільшенням сили і витривалості кукси, майже на 50% зріс поріг больової пресорної чутливості.

У хворих 2-ї групи відмічали помірні прояви больових та циркуляторних розладів в ампутаційній куксі. Хворі скаржились на періодичний тупий, ниючий біль. Ампутаційні кукси мали циліндричну форму. У частини хворих (7 осіб) на торці кукси відмічали помірну пастозність тканин, без ознак венозного застою. Більшість хворих відмічали підвищену чутливість, а при осьовому навантаженні різку болючість в ділянці торця кукси, що значно обмежувало обсяг і тривалість виконання вправ ЛФК. Тонус м'язів кукси був збережений, але їх сила у порівнянні з хворими першої групи була знижена. Динаміка зниження інтенсивності болю в цій групі була менш виразною і становила 64,8%. Насичення м'яких тканин киснем і поріг больової пресорної чутливості збільшились помірно на 39,5% і 33,6 %, відповідно.

У хворих 3-ї групи спостерігали постійний ниючий, тупий біль. Ампутаційні кукси були циліндричної форми, з пастозністю м'яких тканин, а у 45,5% хворих з ознаками венозного застою. Вторинне загоєння післяопераційної рани спостерігалось у 36,4%. Через підвищену чутливість ампутаційної кукси та больові прояви 63,6% хворих цієї групи не виконували вправи ЛФК, 27,3% – виконували їх обмежено. Динаміка зниження інтенсивності болю порівняно з іншими групами була незначною і становила 56,9%. Мало зростає поріг больової пресорної чутливості (на 15,2%) та насичення м'яких тканин киснем (на 23,5%).

Висновки: пневматична пресотерапія виявилась ефективним методом профілактики та лікування післяампутаційного больового синдрому. Застосування її в післяопераційному періоді призводить до зменшення больових та циркуляторних розладів, сприяє первинному загоєнню післяопераційної рани, ранньому виконанню ЛФК та прискореному формуванню ампутаційної кукси.

В.О. Пашинський
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АКТОПРОТЕКТОРІВ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи
Я.П. Лісков (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Сучасні технології потребують від людини значних розумових і фізичних затрат, що приводить до виснаження енергетичних запасів організму. Розширити фізичні можливості людини здатні декілька груп лікарських засобів, серед яких виділяють актопротектори - препарати, котрі сприяють збереженню та підвищенню стійкості організму до фізичних навантажень без збільшення споживання кисню та теплопродукції, тобто здатні підвищувати коефіцієнт корисної дії.

Мета. Розглянути актуальність використання та основні переваги сучасних актопротекторів у медичній реабілітації.

Матеріали і методи. Опрацювання вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з питань використання актопротекторів в Україні та світі.

Результати. Всесвітнім антидопінговим комітетом (WADA) застосування психостимуляторів, стероїдних анаболіків та гормоноподібних речовин, діуретиків та ін. з метою підвищення працездатності спортсменів заборонено, а вживання полівітамінних комплексів доволі обмежене. Актопротектори до допінгових засобів не належать, і при раціональному застосуванні вони здатні підвищити працездатність у 1,5–2,0 рази.

Фармакокорекція дає змогу впливати на механізми втомлюваності при тривалих виснажливих навантаженнях, сприяє формуванню довготривалої адаптації до фізичних навантажень. Значно прискорюються процеси відновлення після виконаної роботи, краще проходить реабілітація у післяопераційному періоді та після перенесених травм. З числа лікарських засобів, які мають актопротекторну дію, найвідомішими є бемітил, бромантан (ладастен), актовегін, стимул, танакан, сулодексид, мелаксен, АТФ-ЛОНГ, мексидол, Віта-мелатонін, спіруліна. На відміну від анаболічних стероїдів, актопротектори не впливають на власний гормональний фон людини, не порушують функції печінки, жовчного міхура, підшлункової залози та ін., а також характеризуються мінімальною токсичністю; повністю виключена ймовірність виникнення стійкого звикання. Вони здатні стимулювати функції головного мозку, підвищувати при цьому витривалість і темп інтелектуальної діяльності. Основною перевагою актопротекторів на відміну від психостимуляторів, є те, що актопротектори не збільшують споживання кисню або виділення тепла і, на відміну від ноотропних засобів, можуть водночас не тільки покращити розумову, але й підвищити фізичну працездатність. Експериментальні та клінічні дані свідчать, що за протигіпоксичним ефектом актопротектори можна порівнювати з антигіпоксантами. Більш того, актопротектори попереджають формування гіпоксії при інтенсивних фізичних навантаженнях, а також при недостатньому вмісті кисню в повітрі (тренування в середньогір'ї), та адаптують до нових умов зовнішнього середовища (у тому числі кліматична адаптація).

Висновки. Наведені факти ще раз підкреслюють актуальність та важливість використання вже існуючих та розробку нових актопротекторних засобів. Окрім того наведений огляд свідчить про можливість використання цієї групи препаратів з метою підвищення реабілітаційного потенціалу пацієнтів.

Я.С.Поліщук

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УШКОДЖЕННІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ЗОНІ АТО

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.С.Тарасюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В умовах сучасної війни проти окупаційних російських військ та терористичних формувань на території України надання першої медичної допомоги в порядку само- та взає-модопомоги є одним з основних шляхів, які забезпечують порятунок життя поранених бійців та мирних мешканців. У зв'язку з цим зростає роль військово-медичної підготовки, в процесі якої військовослужбовці навчаються прийомам надання першої допомоги при пораненнях, кровотечах.

Мета: Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей надання медичної допомоги при ушкодженні грудної клітки на полі бою в зоні АТО.

Матеріали та методи: Проведений мета-аналіз сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури за останні два роки.

Результати: Евакуація поранених з-під вогню противника вимагає швидких, чітких і злагоджених дій всієї розвідувальної групи. При евакуації поранених слід діяти гранично швидко, не даючи противнику часу оцінити ситуацію і вжити заходів з блокування та знищення групи порятунку. Евакуацію пораненого з-під вогню найбільш доцільно проводити під прикриттям димової завіси та інтенсивного вогню по противнику. Як тільки поранений буде евакуйований в найближче безпечне від вогню противника місце, йому слід негайно надати першу допомогу (в першу чергу зупинити кровотечу, ввести знеболюючий препарат). В секторі укриття виконується первинний огляд пораненого, швидке обстеження з ніг до голови, при необхідності – тимчасова зупинка кровотечі, серцево-легенева реанімація. У разі виявлення вхідного кульового отвору на передній поверхні грудної клітки потрібно здійснити ряд послідовних заходів, які повинні знати бійці. В першу чергу потрібно притиснути долонею рану (можна через одягу), посадити пораненого з упором на своє коліно, потім розкрити пакет перев'язувальний індивідуальний (ППІ) і накласти на вхідний отвір рани герметизуючу оболонку і марлеву подушечку, усадити пораненого з упором на своє коліно. Притиснути коліном подушечку ППІ до спини пораненого і прибинтувати обидві подушечки до грудей. Після цього обов'язково ввести знеболюючий засіб і приколоти порожній шприц-тюбик до коміра або рукава одягу. Переносити пораненого з ушкодженням грудної клітки на ношах потрібно тільки в напівсидячому положенні. Якщо боєць знепритомнів, його слід переносити в положенні на спині з піднятим головним кінцем нош, в такому положенні полегшується дихання.

Висновки: Надання допомоги в зоні вогню, особливо при пораненні грудної клітки має вирішальне значення для життя і здоров'я пораненого. Зупинка кровотечі, налагодження дихання являються базовими у зменшенні виникнення важких ушкоджень, скорочення терміну лікування та повернення військовослужбовців до лав армії.

М.П. Польгун
ОСОБЛИВОСТІ ЕВАКУАЦІЇ ПРИ НАДАННІ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ У ВІДДАЛЕНІЙ МІСЦЕВОСТІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
В. В. Поляруш (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Активний відпочинок на природі стає все більш популярним. Нерідко трапляються нещасні випадки, які потребують надання першої допомоги. Особливості віддаленої місцевості диктують свої алгоритми такої допомоги, одним з головних елементів якої є якнайшвидша доставка постраждалих в лікарню. Близько 40-50% травмувань або захворювань, які виникають під час відпочинку в дикій природі, потребують евакуації. В більшості випадків евакуація виконується власними силами туристів.

Мета: Нещодавно Американський Червоний Хрест випустив рекомендації по першій допомозі у віддаленій місцевості. Але процес транспортування постраждалих розглянуто недостатньо. Ця робота має своєю метою детально дослідити процес транспортування та виділити рекомендації.

Матеріали та методи

Для опрацювання технології транспортування поранених було використано моделювання такої ситуації та конструювання різноманітних засобів. Засоби для транспортування постраждалих оцінювались по наступних критеріях: Швидкість виготовлення. Безпечність для постраждалого. Зручність у використанні. Крім того було досліджено методи захисту від гіпотермії, яка є звичайним ускладненням при транспортуванні. Для цього використовувалось моделювання тривалого знаходження постраждалого в транспортних засобах з використанням термоізолюючих засобів.

Результати: В процесі досліджень були виявлені найоптимальніші конструкції транспортних засобів і методів захисту від гіпотермії при транспортуванні поранених. На основі цього були вироблені рекомендації по транспортуванню постраждалих у віддаленій місцевості.

Висновки: Робота над напрацюванням рекомендації по транспортуванню постраждалих в умовах віддаленої місцевості показала, що досить часто ігноруються незначні деталі, які іноді лише частково торкаються медичної сторони питання, але разом з тим є важливими для виживання. Такі деталі зазвичай виникають в реальних ситуаціях, або під час їх моделювання. Тому такий метод досліджень можна вважати досить перспективним.

О.В.Романовська, А.В. Верета
ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
В.С.Тарасюк(д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Після вторгнення російських окупаційних військ на територію нашої держави, затягнутий перебіг антитерористичної операції, величезну кількість жертв серед мирного і військового населення постало питання вивчення та впровадження нових технологій в тактичну медицину пов'язану з тимчасовими методами зупинки кровотечі ведучого чинника по спасінню життя людини, зменшення наслідків після поранень.

Мета нашого дослідження полягає в тому, щоб вивчити засоби та методи зупинки зовнішньої кровотечі, які використовуються в інших країнах, особливо військовими медиками держав НАТО, США, ознайомитись з протоколами які лягли в основу дій на полі бою і зарекомендували себе як ефективні засоби зупинки кровотечі у порівнянні з існуючими засобами та методами, по можливості запровадити їх у медичну службу Збройних сил України.

Матеріали і методи: Для кваліфікованої та організованої допомоги у США створені спеціальні протоколи, які застосовуються у Збройних силах Америки. Вони стали алгоритмом дій, які регулярно передивляються і удосконалюються. Виділяють 3 етапи надання допомоги: «під вогнем», «у зоні укриття», «зоні евакуації». Відповідно до етапів надання допомоги, виділяють зону обстрілу, в якій важливо провести зупинку кровотечі. На основі звітів надання медичної допомоги під час військових операцій в Афганістані та Іраку, військові медики США для зупинки кровотечі пропонували джгут САТ- турнікет, але його не можливо застосувати на певних ділянках людського тіла (пах, шия), а також зупинки кровотеч із магістральних судин. Розроблений ними і застосований армійський затискач, джгут SAM Junctional із 100% ефектом зупинки кровотечі із стегнової артерії в області паха. Пристрій простий, дешевий.

Запропонований другий спосіб для зупинки кровотечі із стегнової артерії - пасок із двома компресійними подушками, які нагнітаються грушою. Результат вражаючий. Із хімічних гемостатиків пропонують: HemCon, ChitoFlex, Chito Gauze, Guardacare, містять полісахарид хітозан, які відомі і застосовують в багатьох арміях світу, в тому числі ЗС України.

Результати досліджень: Крім поранення військових в голову і тулуб на сході України велика частина пошкоджень, вибухових речовин, припадає на кінцівки, область промежини, органи тазу із магістральними судинами (стегнова артерія). Запропонований металевий пристрій, одна частина якого підводиться під таз,

друга - з компресійною подушкою регулюється і наводиться на судину. Верхня і нижня штанга кріпляться на стержні. Стиснення судини проводиться механічно і надійно, але потребує часу для його накладання. Використання паска, із двома компресійними подушками у бойових умовах може стати надійним методом для зупинки кровотечі із стегнової артерії.

Висновки: Використання різних методів і засобів для зупинки зовнішньої кровотечі, в екстремальних ситуаціях (на полі бою) залишається актуальним як в цивільних, так і в бойових умовах. Всі відомі методики потребують вивчення і вдосконалення. Використання запропонованих пристроїв, що застосовуються в США заслуговують уваги і запровадження в практику.

А.М. Рубленко

ТРИВОЖНА ВАЛІЗА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к.псих.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність «Тривожна валіза» - набір необхідних предметів, який необхідно мати офіцерам армії і МВС на випадок будь-якої екстреної ситуації, пов'язаної з родом їх служби. Судячи по сухому армійському протоколу, в такий комплект повинні входити речі, що призначені конкретно для військових офіцерів, речі в більшості випадків непотрібні для простої людини. Отже, виникає необхідність створення заздалегідь зібраного комплексу речей для цивільних, необхідних кожній людині на випадок будь-якої раптово виниклої надзвичайної ситуації, яка змушуватиме в найкоротші терміни покинути рідний дім і місто.

Мета: Створення чіткого алгоритму комплектування тривожної валізи на випадок надзвичайної ситуації проведення умовної класифікації необхідних речей за призначенням та виконуваними функціями.

Матеріали та методи: Проведено опитування учасників АТО та використано емпіричні знання учасників туристичних гуртків.

Результати: Створено оптимальний алгоритм комплектування тривожної валізи. Складено перелік необхідних речей з врахуванням фінансового фактору. Для більшої практичності та зручності необхідні речі умовно поділено на категорії. Основні категорії: рюкзак, одяг, документи, медикаменти, засоби гігієни, інвентар, їжа, додаткові елементи.

Укомплектована «Тривожна валіза» дозволяє: оперативно залишити своє житло, якщо раптово виникла надзвичайної ситуація (пожежа, повінь, землетрус, зсув ґрунту і т.д.); евакуюватися з осередка катастрофи (техногенна, біологічна і т.п.).

Висновки: Правильно укомплектована тривожна валіза забезпечуватиме автономне існування людини в більшості екстремальних ситуацій, коли поблизу немає води, їжі, тепла, даху над головою, дає можливість в найкоротші терміни покинути рідний дім і місто у разі виникнення певної небезпеки.

К.Ю. Рудюк

ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ З ТОЧКИ ЗОРУ ГІГІЄНИ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Глютен – загальна назва білків запасу пшениці, ячменю, вівса. Глютен збільшує харчову цінність їжі, в свою чергу це веде до поповнення організму не тільки енергією, але і додатковими поживними речовинами і рослинними протеїнами.

Клейковина здатна пов'язувати багато поживних речовин і мінеральні елементи, тим самим допомагаючи травленню. Поряд з цим білок є основною ланкою патогенезу таких захворювань, як целиакія, глютеніна атаксія, алергія на пшеницю, непереносимість глютену без целиакії та ін. На целиакію страждає 1% населення. Поширеність в Україні 1/185. Захворювання поширені серед усіх вікових груп. Симптоматика часто “маскується” під різні патології шлунково-кишкового тракту, що суттєво ускладнює постановку істинного діагнозу та лікування.

Мета: Проаналізувати: поширеність непереносимості глютену серед студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова; доступність безглютенових продуктів харчування на торговому ринку країни; наявність продуктів харчування з прихованим вмістом глютену. Встановити перелік медичних препаратів, що містять глютен.

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури. Проведено анкетування студентів за спеціально розробленими анкетами. Статистична обробка зафіксованих випадків глютензалежних захворювань у Вінницькій області протягом 2013-2017 років. Аналіз безглютенових продуктів харчування та товарів з прихованим вмістом фракцій білка. Аналіз інструкцій медичних препаратів на вміст глютену.

Результати: Проведено анкетування 313 студентів 1-3 курсу лікувального, стоматологічного факультетів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. 50,8% студентів не знають, що таке целиакія. 2,86% студентів мають явні симптоми

глютензалежних захворювань, ще 2,56% мають однозначну симптоматику і прямі фактори розвитку хвороб. Встановлений стовідсотковий взаємозв'язок симптомів захворювань і факторів ризику. У Вінницькій області щорічно реєструється не менше 20 випадків захворювань з групи. Виробники відносно малої кількості харчових продуктів вказують на кількісний вміст або відсутність глютену в партіях товару. Інструкції ліків не містять розділи про вміст глютену в препаратах.

Висновки: У досліджуваній вибірці відсоток людей, у яких можна підозрювати непереносимість глютену, становить 5,43%. Необхідна детальна діагностика. На торгових прилавках наявні безглютенові продукти харчування, але 90% з них експортовані, що зумовлює їх обмежений вибір та високу цінову політику. Наявний ряд харчових продуктів з прихованим вмістом глютену, про що виробники або не інформують, або зловживають поняттям “сліди глютену”, або маскують під виглядом пронумерованих та індексованих літерою “Е” харчових добавок. Також у вигляді добавок білок може входити до складу покривної плівки твердих форм лікарських засобів.

Т.С. Рябець

ЕКОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ПИТНОЇ ВОДИ УКРАЇНИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.м.н., викл.), В.М. Подолян (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні склалась катастрофічна ситуація з постачанням населенню якісної питної води. Більшість басейнів річок і водоймищ із яких, переважно, й забезпечуються потреби населення у воді, не можна вважати екологічно безпечними, адже в деяких містах і навіть окремих регіонах відхилення води від норми сягає 70-80%. Як наслідок, значна частина населення використовує для питних потреб недоброякісну воду.

Мета: Провести аналіз статистичних даних за 2014-2016 рр. для вивчення погіршення якості води у Вінницькій області централізованого та нецентралізованого водопостачання.

Матеріали та методи: Аналіз джерел та аналітико-синтетичний метод для комплексної оцінки матеріалів.

Результати: За даними Державної екологічної інспекції у Вінницькій області, разом із забрудненими водами у водойми Вінницької області в 2015 році надходить нафтопродуктів – 0,636 т, сульфатів – 0,956 тис.т, хлоридів – 2,372 тис.т, азоту амонійного – 0,095 тис.т, нітратів – 0,493 тис.т, нітритів – 0,039 тис.т, заліза – 3,998 т, цинку – 0,270 т, фосфатів – 36,96 т, БСКп – 0,227 тис.т, завислі речовини – 0,216 тис.т, сухий залишок – 6,578 тис.т, СПАР – 0,787 т, ХСК – 0,230 тис.т; жири – 0,008 т. Основним джерелом забруднених стічних вод в області є комунальне господарство, на яке припадає 79% від загального обсягу таких скидів. Підприємства комунального господарства скинули забруднених стоків - 0,84 млн.м³, сільського господарства – 0,23 млн. м³.

Висновки: Неякісна питна вода несприятливо впливає на здоров'я. Проблеми в основному виникають при хронічному надходженні до організму речовин з кумулятивною токсичною дією, наприклад, важких металів або канцерогенних сполук. Високий ступінь мінералізації питної води дає певний внесок в захворюваність хворобами травної системи: гастритами, жовчнокам'яною, сечокам'яною хворобами. В той же час якість води за санітарно-бактеріологічними показниками суттєво впливає на захворюваність гепатитом А, холерою, черевним тифом, гострими кишковими інфекціями, дизентерією та ін.

Т.С. Рябець, А.В.Ваколюк

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТА АВАРІЇ НА СТАНЦІЇ ФОКУСИМА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.М. Подолян (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З кожним роком реєструється велика кількість людей, хворих на лейкемію, рак щитовидної та молочної залози, збільшується захворюваність на онкологічні захворювання серед дітей. Показники смертності у нашій країні перевищують показники народжуваності, тому спостерігається зменшення кількості населення. Це особливо гостро виявляється у регіонах, де значне радіоактивне і промислове забруднення довкілля (Чернігівська, Київська, Житомирська, Донецька, Луганська, Дніпропетровська і Запорізька області). Стан навколишнього природного середовища значною мірою впливає на здоров'я і тривалість життя людей.

Мета: Порівняти вплив наслідків Чорнобильської катастрофи та аварії на станції Фокусіма на здоров'я населення та на розвиток онкологічних захворювань.

Матеріали та методи: Проаналізувавши літературу, отримали сукупність даних, які в подальшому були оброблені.

Результати: На сьогоднішній день зросла кількість населення, хворого на онкологічні захворювання, а саме на лейкемію, рак щитовидної та молочної залози. Протягом 2-5 років після катастрофи спостерігалось зростання

частоти гострої лейкемії у дітей. Доведена онкогенність випромінювання in utero. Значно збільшилася кількість хворих серед дитячого та підліткового населення майже.

Висновки: Людство відчуває вплив наслідків катастрофи на Чорнобильській АЕС та на станції Фокусіма, що підтверджується підвищеною захворюваністю на лейкемію, рак щитовидної та молочної залози, збільшеною кількістю онкологічних захворювань серед дитячого та підліткового віку. В зв'язку з цим потрібно діагностувати ці захворювання на ранніх стадіях розвитку, проводити відповідну профілактику та лікування.

Т.В. Секрет

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ДІАБЕТИЧНИМИ КОМАМИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет — дуже поширене у світі захворювання. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), воно посідає третє місце після серцево-судинних і онкологічних хвороб. Стреси, рафіноване харчування, несприятлива екологія – основні тригерні фактори розвитку даної патології. Сьогодні у світі налічується близько 200 мільйонів хворих на цукровий діабет (ЦД) — до 3% усіх жителів Землі. Тенденція стрімкого зростання кількості таких хворих веде до того, що до 2030 року їх очікують 360 мільйонів. Щорічно від ускладнень ЦД у світі помирає 3 мільйони осіб. Статистика невблаганна — цукрова хвороба вже стала епідемією, яка вражає кількістю ускладнень і вимагає вчасної медичної допомоги задля зниження частоти летальних випадків.

Мета: Проаналізувати частоту та якість надання екстреної медичної допомоги жителям м.Вінниці та Вінницького району при гострих ускладненнях цукрового діабету (діабетичні коми).

Матеріали та методи: Нами на базі Вінницької міської станції екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЕМД та МК) були опрацьовані карти виїзду бригад ЕМД та МК до жителів міста Вінниці та Вінницького району, а також 187 карт стаціонарного хворого пацієнтів ВОКВЕЦ з діабетичними комами за період 2014-2016р.

Результати: За даними карт виїзду бригад ЕМД та МК (2014-2016р.) з приводу діабетичних ком було 26 викликів (кетоацидотична кома)- госпіталізовано було 23 пацієнти; 649 викликів (гіпоглікемічна кома) – госпіталізовано 164 пацієнти. Стан прекоми було діагностовано у 310 хворих. З історій хвороб ВОКВЕЦ було зафіксовано, що найчастіше пацієнти з всієї області були госпіталізовані у відділення невідкладної допомоги внаслідок кетоацидотичних ком (184 пацієнти-97,9%), 3 пацієнти (гіпоглікемічна кома) – 2,1%. Питома вага госпіталізованих м.Вінниці становить 72,7%, а Вінницького району – 27,3%, що свідчить про кращу доступність ЕМД у м.Вінниці. На догоспітальному етапі бригадами ЕМД та МК допомога надавалась згідно протоколу затвердженого Міністерством охорони здоров'я України.

Висновок: Аналізуючи динаміку виникнення діабетичних ком протягом 2014-2016р., було зафіксовано, що кількість гострих ускладнень ЦД щороку зростає, що свідчить про невірну модифікацію способу життя пацієнтів, нераціональний підхід з приводу контролю рівня глікемії, а також невчасна діагностика та лікування цукрового діабету. Що стосується діяльності Вінницької міської станції ЕМД та МК, то робота виконується на достатньому рівні, тішить статистика за 2014 – 2016р., оскільки жодного летального випадку при діабетичних комах зафіксовано не було.

А.В. Стемпен, А.О. Шиманський, К.О. Маркиш

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ ПОЛОСКАННЯ ГОРЛА ЯК СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОНЗИЛІТІ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

О.В. Марчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Як мінімум кожен п'ятий українець хворіє на хронічний тонзиліт. Захворювання, зазвичай, важко піддається лікуванню та реабілітації, несе в собі ризики ускладнень і накладає суттєві фінансові витрати на пацієнта. У рекомендаціях з ЛФК відсутні окремі вправи та техніки для реабілітації хронічного тонзиліту, є лише комплекси вправ при захворюваннях дихальних шляхів, а у професійній літературі більше уваги відведено фармакотерапевтичному аспекту полоскання, аніж біомеханічному.

Мета: Проаналізувати інформаційні ресурси на предмет вивчення способів та методик полоскання глотки. Визначити та систематизувати оптимальну техніку полоскання як способу вібраційного масажу та очищення мигдаликів як одного із методів реабілітації хронічного компенсованого тонзилофарингіту та профілактики загострень. Підвищити ефективність полоскання горла у випадках, коли ця процедура виправдана

Матеріали та методи: Нами було виконано Ретроспективний аналіз наукових інформаційних джерел, а також проведено синтез теоретичних науково-обґрунтованих міжгалузевих знань у поєднанні з власним досвідом.

Завдяки узагальненню інформації висунуті практичні рекомендації.

Результати та обговорення: Хронічний тонзиліт – це затяжне запалення піднебінних мигдаликів, при якому часто спостерігається загальна токсико-алергічна реакція організму. Для повноцінного функціонування мигдаликів як частини імунної системи необхідне повне та своєчасне звільнення крипт із подальшим надходженням нових порцій антигенів з ротоглотки на всю глибину крипт. Це відбувається за рахунок скорочення м'язів, закладених у передній і задній піднебінних дужках (mm. palatoglossus et palatopharyngeus), та констрикторів глотки. Скорочення цих м'язів при ковтанні, позіханні, говорінні приводить до зменшення об'єму тонзиллярної ніші й підвищення в ній тиску. Мигдалик затискається між дужками, вміст лакун видавлюється у просвіт ротоглотки, і крипти звільнюються. Оскільки mm. palatoglossus et palatopharyngeus (що забезпечують помповий механізм очищення мигдаликів) входять до складу м'якого піднебіння, яке є складовою частиною артикуляційного апарату, очевидно, що дуже важливим аспектом є звуки які видаються при полосканні горла. Враховуючи це найефективніше використовувати такі звуки: гортанні звуки (задньоязикові) [г][к][х] та голосні високого підняття [і], [и], [у].

Висновки: На основі досліджуваного матеріалу ми виявили, що поєднання звуків типу «глу-у-у глу-у-у» або «глу-глу-глу», сприяють так званому «глибокому полосканню», при якому значно краще омивається задня стінка глотки, і, що важливо, гарно омивається язиковий мигдалик.

Д.В. Сімчук, Б.В. Грибук

ДОГОСПІТАЛЬНА ДОПОМОГА ТРАВМОВАНИМ БРИГАДАМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІННИЦЬКОЇ СТАНЦІЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ЗА ПЕРІОД 2012-2016 РР.

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. У теперішній час зросло число травм і нещасних випадків, тому збільшилося і число викликів бригад екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (БЕМД та МК) на місце пригоди. В структурі нещасних випадків виділяють побутову, вуличну, кримінальну, автодорожню, виробничу, травми.

Мета. Дослідити кількість і структуру виїздів БЕМД та МК з приводу травм за період 2012-2016 рр., відповідність надання допомоги протоколам Міністерства охорони здоров'я України.

Матеріали та методи. Звітно-статистичні дані Вінницької станції ЕМД та МК за 2012-2016рр., карти виїзду БЕМД та МК в розрізі діагнозів залежно від локалізації.

Результати. За останні три роки кількість викликів БЕМД та МК з приводу травм та нещасних випадків зросла на 16.3%, що пояснюється збільшенням кількості населення закріпленого за Вінницькою станцією ЕМД та МК. Найчастішою побутова травма була в 2015р. – 52%, в порівнянні з 2016р. – 45%. Виробнича травма до 2015р. зменшилась з 27% у 2012 до 21%, проте в 2016р. цей показник сягнув 26%. Порівняно стабільний показник автодорожньої травми, що тримався на рівні 4% в 2012-2015рр., в 2016р. становив 6%. Серед усіх постраждалих на 3% виросла кількість осіб в стані алкогольного сп'яніння (з 25% до 28%). Частота ушкоджень голови і політравма в 2016 р. виросла на 2,5% і 2% у порівнянні з 2012р. відповідно, а частота вивихів і ушкоджень м'яких тканин зменшилася на 2,48 і 1,28% відповідно. Інші види травматизму суттєвих змін не зазнали. Показник смертності населення до приїзду БЕМД та МК збільшився на 0,2 % за останні 5р. Це пояснюється збільшенням території обслуговування, потребою більшого часу для прибуття на місце виклику. Показник смертності постраждалих до госпіталізації майже вдвічі знизився за останні п'ять років, що пов'язано з кращою комплектацією станції ЕМД та МК засобами невідкладної допомоги та отриманням п'яти спеціалізованих машин класу С. Згідно протоколів Міністерства охорони здоров'я забезпечується: ЕКГ контроль у 12 відведеннях, кардіомоніторинг, киснева підтримка; налагодження системи; внутрішньовенного вливання (в т.ч. і через центральний венозний доступ); можливість інтубації трахеї, ШВЛ; якісна транспортна іммобілізація; наявність електричного дефібрилятора. Це дозволяє краще проводити заходи ЕМД та попередження смертності.

Висновок: Проаналізувавши дані 2012-16 рр., констатуємо: травматизм дійсно зростає. Проте є позитивна динаміка в якості надання медичної допомоги БЕМД та МК, на що вказує показник смертності постраждалих до госпіталізації, який зменшився в 2016р. вдвічі, що свідчить про високий рівень професіоналізму кадрового складу БЕМД та МК та достатню забезпеченість їх всім необхідним для надання ЕМД.

А. А. Струтинська
ПРОБЛЕМИ УТИЛІЗАЦІЇ ПОЛІМЕРІВ

Кафедра загальної гігієни та екології

С.О.Латанюк (к.м.н., доц.)

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

Актуальність: Однією із глобальних проблем сьогодення є утилізація полімерів - процес їх переробки з подальшим використанням продуктів у промисловості. На сьогодні, часто під терміном «утилізація полімерів» розуміють процес спалювання полімерних відходів, що насправді не відповідає дійсності.

Справжня утилізація – це обробка, яка передбачає повторне використання відходів для промисловості. А спалювання несорткових побутових відходів не тільки не створює нової сировини, а і вимагає залучення значних енергетичних затрат у вигляді газу та електроенергії. Крім цього виникають нові проблеми – утворюються великі кількості CO₂, токсичного попелу та агресивних хімічних сполук, що потрапляють в ґрунт та атмосферу.

Мета: визначення екологічної грамотності студентів щодо проблеми утилізації полімерів; розвиток екологічної свідомості серед студентів. Продемонструвати небезпеку спалювання поліетилену.

Матеріали та методи. Визначення екологічної грамотності студентів проведено методом анкетування, в якому прийняли участь 250 студентів 3 курсу медичного (А та П потік) та стоматологічного факультетів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Отримані результати підлягали статистичній обробці. З метою підвищення екологічної свідомості та грамотності. Студентам були запропоновані інформаційні буклети.

Результати: Більшість студентів (79%) усвідомлює шляхи негативного впливу спалювання поліетилену на навколишнє середовище та стан здоров'я людей. В той же час, лише 59% респондентів визнають глобальність екологічної проблеми спалювання поліетилену. Використання інформаційних буклетів в значній мірі підвищувало екологічну грамотність та свідомість серед студентів.

Висновок: Переважна більшість студентів медичного та стоматологічного факультетів ВНМУ ім. М.І. Пирогова мають низьку екологічну грамотність щодо питання утилізації поліетилену та не розуміють її глобальності, що потребує більшого інформування студентів по даній проблемі.

М. С. Судома

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМОСТАВЛЕННЯ ТА ЕМПАТІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Кафедра нормальної фізіології

Т.П. Рисинець (к.псих.н., ас.)

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

Актуальність. Самоствавлення та емпатія грають велику роль у роботі медичного працівника. Важко зрозуміти сповна пацієнта не маючи емпатії, але важко його зрозуміти якщо ставлення до самого себе не являється відповідним.

Емпатія як ефективний інструмент спілкування та емоційного відгуку виникла вже на ранніх періодах появи психічного життя, від елементарних рефлекторних реакцій до вищих особистісних форм. Уміння співпрацювати, ладити з оточуючими і адаптуватися в суспільстві було необхідно для виживання первісних суспільств.

Мета – дослідити особливості взаємозв'язку рівня емпатії та самоствавлення студентів-медиків.

Методи: для визначення рівня емпатії було використано методика «Діагностика рівня емпатії особистості» В.В. Бойко; для визначення рівня самоствавлення було використано методика «Опитувальник самоствавлення» (ОСО) (С.Р. Пантілеєв, В.В. Столін).

Результати дослідження. Проведення емпіричного дослідження взаємозв'язку рівня емпатії та наявності самоствавлення у студентів, були отримані результати, які підтверджують кореляцію. Результати методики дослідження рівня емпатії В.В. Бойко вказали на переважання установки, які сприяють або перешкоджають емпатії 19%, що характеризується як здатність студента проникати у світ іншої особистості, але це все може відбуватися коли в нього немає перешкод, то і решта емпатійних каналів будуть працювати активніше і надійніше. І в тому випадку коли у майбутніх лікарів установки, які перешкоджають емпатії, то вони уникають будь-яких особистих контактів, вважають недоречним виявляти цікавість до іншої особистості, переконують себе спокійно ставитися до проблем і переживань оточуючих. А це різко обмежує діапазон емоційної чутливості.

Поряд із цим, за методикою дослідження самоствавлення особистості С.Р. Пантілеєва, В.В. Століна були отримані результати які вказують на переважання за шкалою саморозуміння у 11% студентів. Ця шкала характеризується винятковим розумінням себе у порівнянні з особистістю, яка має протилежний набір якостей у процесі діяльності і спілкування.

Таким чином, можемо простежити зв'язок між рівнем емпатії та самоствавленням досліджуваних. У студентів найбільше корелює зв'язок між раціональним каналом емпатії та шкалою аутоемпатії. Майбутнім лікарям, з таким поєднанням, подобається роздумувати про свою поведінку, вони задоволені зовнішнім виглядом і

морально-вольовими якостями пропускаю через призму інших особистостей.

Висновки. Отримані результати в процесі емпіричного дослідження вказують на наявність кореляції між рівнем емпатії та самоставленням студентів. Статистично доведено, що студенти-медики із раціональним каналом мають виражений прояв аутосимпатії, самоприйняття, самоінтересу та самопослідовності.

А.О. Бахтізіна, М.В. Торопчина

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ І ФАКТОРИ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ОСІБ З КАРДІАЛГІЄЮ

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини

В.М. Коршак (к. мед. н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Біль в області серця (кардіалгія) є однією з найпоширеніших скарг, з приводу якої хворі звертаються за медичною допомогою. Необхідно пам'ятати, що інтенсивність і значна частота виникнення болю не завжди свідчать про її зв'язок з тяжким захворюванням серця. Для верифікації кардіалгій широко використовуються функціональні проби з дозованим фізичним навантаженням.

Мета: Визначення толерантності до фізичного навантаження у осіб з кардіалгією в залежності від існуючих факторів ризику для формування мотивації самокорекції шийно-грудного відділу хребта і покращення якості життя.

Матеріали і методи: Толерантність до фізичного навантаження визначали у 406 осіб, які звернулись за медичною допомогою з приводу кардіалгії. Анкетною визначали і оцінювали фактори ризику захворювань системи кровообігу. Соматоскопічно визначали форму спини, соматометрично виявляли больові точки на грудній клітці.

Результати: У 78,5 % обстежених осіб з кардіалгіями виявлені активні тригерні зони в області лівої половини грудної клітки. У осіб з кардіалгією, які вказували на захворювання системи кровообігу у кровних родичів, порогове навантаження і пульсова вартість 1 Вт навантаження суттєво відрізнялися від інших ($87,3 \pm 4,3$ Вт проти $132,3 \pm 3,6$ Вт і $1,7 \pm 0,05$ проти $1,2 \pm 0,09$, $P \leq 0,05$, відповідно). Біоелектричні ознаки погіршення коронарного кровотоку реєструвалися у 19 % осіб з кардіалгіями і захворюваннями серця у кровних родичів. Достовірної різниці контрольованих показників між групами порівняння за іншими факторами ризику (куріння, маса тіла, рівень холестерину в крові, група професійного зусилля) не виявлено.

Висновки: 1. Толерантність до фізичного навантаження у осіб з кардіалгією знижувалась при наявності в анамнезі захворюваності системи кровообігу у кровних родичів. 2. У більшості осіб, які звертаються за допомогою з приводу кардіалгій реєструвалися соматоскопічні і соматометричні ознаки вертебральних порушень в шийно - грудному відділі хребта. 3. Для ефективної медичної реабілітації осіб з кардіалгією і покращення якості їх життя необхідно формувати мотивацію до постійної самокорекції шийно-грудного відділу хребта.

О.В. Юрій, В.А. Тростенюк

ПРОФЕСІЙНІ ШКІДЛИВОСТІ ПРАЦІВНИКІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Кафедра загальної гігієни та екології

Н.Ю. Лукіна (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У процесі професійної діяльності на медичних працівників діє комплекс чинників фізичної, хімічної, біологічної природи. Медичний працівник піддається функціональному перенапруженню окремих органів і систем організму: опорно-рухового апарату, органу зору, психоемоційної сфери і ін.

Мета: Дослідження професійних шкідливостей медичних працівників різних спеціальностей та розробка їх профілактики.

Матеріали та методи: Було опрацьовано наукову літературу, також дослідження проводилось шляхом вивчення і аналізу історій хвороб.

Результати: Визначаючи особливості праці лікарів різних спеціальностей, слід зауважити, що є цілий ряд негативних чинників: високе психічне та розумове напруження; контакт з інфекційними агентами; несприятливе за своїми хімічними та фізичними властивостями навколишнє середовище; вимушене положення тіла, виражене зорове напруження, фізичні навантаження; порушення оптимальної з гігієнічної точки зору структури режиму дня.

В залежності від діючого шкідливого чинника всіх обстежених медичних працівників, ми розділили на 6 груп і отримали етіологічну структуру професійних захворювань медичних працівників.

1 група - медичні працівники, у яких виявленні професійні шкідливості від дії фізичних чинників виробничого процесу (0,5%);

2 група – медичні працівники, у яких виявлено професійне шкідливості у вигляді перенапруження окремих

органів і систем(3%);

3 група - медичні працівники, у яких виявлено професійне шкідливості від дії біологічних чинників(63,6%);

4 група - медичні працівники, у яких виявлені професійні алергози(22,6%);

5 група - медичні працівники, у яких діагностовані професійні шкідливості токсико-хімічної етіології(10%);

6 група - професійні новоутворення(0,25%).

Тому для першої групи ми рекомендуємо застосовувати дистанційне керування, як захист від рентгенівського випромінювання; зниження віброактивності машин, віброізоляція. Для другої - забезпечення збалансованого робочого дня. Створення зони відпочинку. Третя – використання мийних та дезінфікуючих засобів, спецодяг, проводити дезінфекційну обробку, щеплень та інших карантинних заходів. Для четвертої групи радимо перевестись на іншу роботу без контакту з алергеном. П'ята група – забезпечення відповідним спецодягом. Шоста - ідентифікація канцерогенів у виробничому середовищі; санітарно-гігієнічна паспортизація канцерогенно-небезпечних виробництв; регулярне використання зручних і ефективних специфічних засоби індивідуального захисту; скорочення до мінімуму кількості осіб, що контактують з канцерогенами, часу контакту; перехід до управління канцерогенним ризиком на виробництві.

Висновки: Аналіз наукової літератури допоміг створити ґрунтовну базу для виявлення і профілактики професійних шкідливостей серед працівників медичної сфери.

М.В Трубецький, А.В Григор'єва, О.Д Монастирський
ВПЛИВ НАВЧАННЯ НА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кафедра гігієни, екології та охорони праці в галузі

О.Д Саргош (к.мед.н, доц.)

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

м.Полтава, Україна

Актуальність: Серед численних факторів, що зумовлюють рівень матеріального та культурного життя у будь-якій країні, чільне місце займає досягнутий нею інтелектуальний потенціал. У зв'язку з перебудовою системи освіти в Україні, яка потребує відповідного психолого-педагогічного забезпечення, дослідження інтелектуального розвитку в шкільному віці є актуальним.

Мета: встановлення за допомогою тестування загального рівня інтелекту особистості, визначення особливостей розвитку деяких компонентів структури інтелекту які зумовлюють потенціал розвитку здібностей та здатності до адаптації в стресових ситуаціях, а отже рівня психологічного та соціального благополуччя, що є складовими здоров'я, а також визначити як навчання впливає на розумовий розвиток дітей

Матеріали та методи: Рівень розумового розвитку визначався за тестом Отіс-Леннона (адаптованим для українських шкіл для школярів 8 класу) що сконструйований для встановлення рівня розвитку інтелекту, загальних розумових здібностей, загальної обдарованості. Дослідження було проведено на базі гімназії Хмельницької області у тестуванні прийняли участь 92 дитини

Результати: тестування було проведено на початку року (жовтень 2015 – 2016 н.р.). З високим розумовим розвитком виявлено 14(15%) дітей, вище середнього 20 (22%), середнім 46 (50%), нижче середнього 9 (9%), низьким 3(4%). Для порівняння та дослідження впливу навчання на розумовий розвиток тестування було проведено у кінці навчального року (квітень 2015 – 2016 н.р.) з високим рівнем виявлено 19 (21%) дітей, вище середнього 25 (27%), середнім 43 (47%), нижче середнього 4 (4%), низьким 1(1%)

Висновки: згідно отриманих результатів ми можемо бачити позитивний вплив навчання у школі на формування та розвиток інтелекту дитини, дані результати дають можливість визначати групи дітей які потребують більшої уваги на заняттях .

А.В. Турчак

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРАКЦІЙНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ БОЛЕМ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

С.П. Колісник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Неспецифічний біль в нижній частині спини(НБНЧС) є однією з основних причин звернення за медичною допомогою і тимчасової втрати працездатності в Україні та країнах світу. Використання тракційних методів лікування(ТМЛ) у пацієнтів з цією патологією може зменшити термін тимчасової непрацездатності та мати певний економічний ефект.

Мета: провести аналітичний огляд літератури та вивчити ефективність ТМЛ у хворих з НБНЧС.

Матеріали та методи: огляд наукових публікацій в науково-метричних базах PubMed, Scopus, Web of Science, Medscape та Cochrane Collaboration.

Результати: провівши аналіз 119 наукових публікацій, розмішених в науково-метричних базах PubMed, Scopus, Web of Science, Medscape та Cochrane Collaboration за 1970 – 2017 роки виявлено суперечливі дані щодо

ефективності ТМЛ у хворих з НБНЧС.

Так, J Michael Wieting та співавт. у 2015 виділили механічні, автоматизовані, ручні методи тракційної терапії та самотракцію.

British Med Journal в 1992 році опублікував дослідження Konrad K та співавт. щодо ефективності бальнеотерапії, підводної тракції та підводного масажу в 158 амбулаторних пацієнтів з НБНЧС, протягом 4-х тижневого лікування та через 12 місяців. Змін в діапазоні рухів та тесті Ласега не спостерігалось, проте, через рік після початку лікування виявлено зменшення дози та частоти прийому анальгетиків у порівнянні з контрольною групою.

За даними Csaba Oláh (2010) та співавт. інфрачервона лазерна терапія та підводна тракція ефективно зменшують біль та спазм м'язів, підвищують рухомість суглобів та покращують якість життя у пацієнтів з поперековими дископатіями.

В кокранівському метааналізі Wegner I та співавт. (2013), який включав 32 рандомізованих контрольованих досліджень із залученням 2762 учасників, досліджено вплив механічних та ручних методів ТМЛ. Зроблено висновок, що ТМЛ а також тракція в сукупності з іншими методами лікування практично не впливають на інтенсивність болю, функціональний статус і працездатність хворих з НБНЧС.

В 2014 році в Journal of Physical Therapy опубліковано результати дослідження Hae-sun Yang та Won-gyu Yoo щодо впливу ТМЛ на НБНЧС у пацієнтів з килами дисків L4-L5 до і через 4 тижні після початку лікування. Результати показали зниження показників VAS з $18 \pm 1,29$ до $2,1 \pm 1,35$, та Oswestry $20,35 \pm 2,01$ до $3,5 \pm 2,84$ ($p < 0.05$)

Висновки: дані щодо ефективності ТМЛ у пацієнтів з НБНЧС є суперечливі. Це питання потребує подальшого всебічного вивчення. Кінцеві точки лікування повинні включати в себе не лише зменшення інтенсивності болю, але і збільшення часу між нападами, відновлення об'єму рухів в уражених сегментах, функціональне покращення та скорочення терміну непрацездатності.

Є.А. Федоренко, Т.В. Кава

ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ ГЛОБАЛЬНОГО ТЯГАРЯ ХВОРОБИ В ОЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Кафедра фармакології

Т.В. Кава (к.мед.н.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Глобальний тягар хвороби – це сукупність показників, що характеризують смертність та втрату працездатності, спричинені певним захворюванням або травмою.

Мета: З'ясувати наявність розуміння у студентів 3 курсу медичного факультету ролі глобального тягара хвороби в оцінці причин смертності та втрати працездатності населення України.

Матеріали та методи: Проаналізувати відповіді 95 студентів 3 курсу Медичного факультету № 2 НМУ на питання розробленої авторами анкети. Збір та статистичний аналіз було проведено програмою Simple Anketter. Отримані дані відповідали нормальному розподілу.

Результати дослідження: При проведенні анкетування з питанням: «Чи потрібно враховувати роль глобального тягара хвороби для оцінки причин втрати здоров'я серед українців, та порівнювати ці дані з показниками інших країн за єдиною системою?» серед студентів Національного медичного університету відповідь “так” було отримано у 98% опитаних студентів 3 курсу 2 медичного факультету. Отже, показник тягара хвороби є дуже важливим для визначення можливих факторів ризику які спричинюють втрату здоров'я для певної категорії людей, певної вікової групи та у відповідній країні. Урахування всіх цих даних повинні у майбутньому стати основою для введення нових гігієнічних нормативів та вимог до умов праці і життя, щоб мінімізувати негативні фактори впливу на здоров'я населення нашої країни.

Висновок: Оцінка тягара хвороби є важливою статистичною одиницею для кожної країни, так як її сутністю є спроба дати кількісну оцінку порівняльній величині втрати здоров'я через захворювання, травми і фактори ризику, пов'язані з віком, статтю та географічним розташуванням країни у певний момент часу. У перспективі для визначення тягара хвороби необхідно розробити єдину систему, в яку можна було б віднести як дані ретроспективних досліджень, так і дані майбутніх досліджень, з підтримкою впровадження визначення тягара хвороби в інших країнах.

Т.М. Хлипняч

ОСОБЛИВОСТІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ОРГАНУ ЗОРУ В УМОВАХ АТО ТА ШЛЯХИ ЇЇ МІНІМІЗАЦІЇ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.В. Кривецька (викл.), В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Травма органа зору (ТОЗ) досі залишається однією з основних причин сліпоти й складає 22,8%

професійної інвалідності військовослужбовців, причому серед них 65,5 – 70,6 % особи молодого та працездатного віку. Хоча ділянка очей невелика і не перевищує 0,1% загальної поверхні тіла людини, ТОЗ в сучасних збройних конфліктах займає 12,2% від усіх санітарних втрат військ.

Мета: Аналіз характерних особливостей бойової ТОЗ у військовослужбовців АТО, забезпечення їх тактичними окулярами, системи лікувально-евакуаційних заходів та стандартів надання медичної допомоги пораненим офтальмологічного профілю.

Матеріали та методи: Бойова ТОЗ в АТО має комбінований характер, поєднується з травмами кінцівок (53,4%); переважають контузійні (48,1%) та проникаючі (49,6%) ушкодження. На таку структуру ТОЗ впливають засоби індивідуального захисту, переважання мінно-вибухової та осколкової зброї.

Пентагоном запропоновані два балістичних стандарти: окуляри-MIL-PRF-31013 і маски MIL-DTL-43511D. В спорядженні не кожного воїна АТО є даний елемент захисту. Найчастіше тактичні окуляри постачають волонтери, і не завжди вони відповідають світовим стандартам.

На сьогодні лікувально-евакуаційне забезпечення АТО розгорнуто у два етапи — догоспітальний та госпітальний. На догоспітальному етапі тактична допомога надається за «0», базовим та I рівнем у медичних пунктах військової ланки. Госпітальний етап представлений лікувальними закладами трьох ешелонів. Перший ешелон - медична рота, військово-мобільний госпіталь, центральна районна лікарня. Другий ешелон - військово-медичний клінічний центр регіону. Третій ешелон – Одеський військовий госпіталь із залученням співробітників Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова, Київський військово-медичний хірургічний госпіталь.

Результати: 69,4% поранених офтальмологічного профілю проходить три етапи надання медичної допомоги, 22,3% - два, і лише 8,3% один етап.

По часовим показникам на третинний етап медичної допомоги за 1 добу доставляють 22,2% військових з ТОЗ, за 2 доби – 8,3%, за 3-5 діб – 19,4%, за 5-10 діб – 38,9%, більше 10 діб – 11,1%. На таку тривалість надходження впливають оперативна-тактична обстановка, характер поєднаних ушкоджень, а також доступний вид транспортування. Найкращим є санітарна авіація та санітарна машина. У разі неможливості їх використання постраждалого перевозять іншим видом транспорту.

Висновки: ТОЗ посідає значне місце серед ушкоджень, яких зазнає воїн АТО.

Використання тактичних окулярів під час бойових операцій запобігає виникненню ТОЗ.

Створення чіткої системи лікувально-евакуаційного забезпечення з дотриманням принципів своєчасності та спадкоємності допоможе попередити важкі ускладнення та зберегти зір військових.

В.Е. Чернобіль

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кафедра авіаційної, морської медицини та психофізіології

В.В. Кальниш (д.б.н, проф.)

Українська військово-медична академія

м. Київ, Україна

Актуальність. Складна військово-політична і соціально-економічна ситуація, яка на сьогодні склалася в Україні, потребує удосконалення медико-психофізіологічної реабілітації військовослужбовців.

Мета. Здійснити теоретичний аналіз проблеми адаптації до професійної діяльності в умовах бойових дій.

Матеріали та методи дослідження. Здійснено контент-аналіз літературних джерел щодо емоційного статусу у осіб, що приймають участь в бойових діях.

Результати дослідження. Встановлено, що на різних етапах бою є свої психологічні особливості формування поведінки і емоційного статусу військовослужбовців. Більшість з них переносить період перед боєм як тривожне очікування. У цей час для поведінки бійця характерні: метушливість, надмірна балакучість, глибока заклопотаність, часте куріння, прагнення швидше йти в бій, підвищена чутливість до будь-якого роду звісток, настроїв надзвичайно лабільний. У дослідженнях зарубіжних військових фахівців вказується на те, що в бою лише 20-25% воїнів виявляють необхідну активність. Після атаки, як правило, настає сильна амнезія. В емоційному відношенні оборонні бойові дії найчастіше відрізняються тим, що пропорційно їх тривалості зростає невпевненість захисників в своїх бойових можливостях, розвивається відчуття власного безсилля, безвиході. Після завершення бою зазвичай спостерігається поступове повернення до «нормального» стану. Проте розвивається втома, сонливість, бажання лягти, відпочити; деяка відчуженість; нічні кошмарами. При обстеженні учасників бойових дій в 60-80 % осіб виявлена надмірна нервово-емоційна напруга, яка в 25 % випадків призводить до дезорганізації психічної діяльності та різкого зниження психофізіологічних резервів організму. На підставі узагальнень досвіду військових операцій в Іраку і Афганістані показано, що до бойових дій 6 % військовослужбовців мають ознаки БПТ, а після них - у 40 % учасників боїв і 25 % загального контингенту з'являються прояви БПТ. Для виживання кожна людина повинна перебудувати рівень пильності, швидкість реакцій, стиль поведінки, систему цінностей і відносин до оточуючого, людей та себе відповідно до вимог війни.

Таким чином, дослідження даної проблеми необхідне для удосконалення системи медико-психологічного забезпечення особового складу військ тощо.

Висновки. Перебування в умовах бойових дій викликає підвищені стресові реакції комбатантів. Тому першочерговим завданням є виявлення переліку найбільш агресивних стресорів та визначення їх питомої ваги. Дія надвисоких подразнень викликає розвиток певного ряду емоційних станів. Тому потрібно розробити методичні підходи до їх виявлення та кількісної оцінки і заходи щодо їх профілактики та реабілітації. На різних етапах проходження служби в умовах екстремальних ситуацій потрібно застосовувати відповідні заходи щодо збереження здоров'я комбатантів. Тому потрібні спеціальні дослідження з обґрунтування організаційних та психофізіологічних підходів до створення системи психофізіологічного забезпечення діяльності військовослужбовців.

Т.І. Чіхрай

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ.

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Ю.Й. Рудий (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Дитячий церебральний параліч – гетерогенна група синдромів, які є наслідком пошкодження мозку у внутрішньоутробному, інтранатальному й ранньому постнатальному періоді. Варто зауважити, що в дітей, хворих на церебральний параліч, затримано та порушено формування всіх рухових функцій: навички сидіння, стояння, ходьби, маніпулятивної діяльності. Одним із найважливіших методів відновлення при ДЦП є фізична реабілітація. Вона починається ще в перші роки життя дитини, відразу після встановлення діагнозу, та продовжується все її життя. При цьому застосовувані засоби спрямовані на те, щоб не допустити ослаблення та атрофії м'язів унаслідок недостатнього їх функціонування, уникнути контрактур, сприяти моторному розвитку дитини.

Мета: вивчити і дослідити вплив методів фізичної реабілітації на відновлення втрачених рухових функцій дітей з ДЦП.

Матеріали та методи: для виконання поставленої мети було відібрано дві вікові групи дітей, а саме, до семирічного віку та діти-підлітки, які навчаються у Вінницькому центрі соціальної реабілітації "ПРОМІНЬ". Було проведено обстеження і запропоновано програму фізичної реабілітації, яка включала в себе: м'язово-суглобову гімнастику, ходьбу, вправи спрямовані на збільшення рухів у суглобах. Для дослідження функціонального стану дітей було проведено: динамометрію, антропометрію, визначення об'єму рухів у суглобах.

Результати: встановлено позитивний ефект від проведеного лікування, який полягав у збільшенні м'язової сили, об'єму рухів, покращенням ходьби. Більш виражений результат спостерігався у дітей з першої групи, що вказує на необхідність застосування реабілітаційних заходів в ранньому дитячому віці.

Висновки: отже, у ході реалізації поставлених цілей встановлено, що кращий результат лікування досягається при ранньому початку проведення реабілітації, комплексному застосуванні різних форм, засобів і методів: фізичні вправи, динамічні й статичні дихальні вправи, ортопедичні засоби, ортези, тренування ходьби, побутових і трудових навичок; елементи спорту, різні види масажу. Потрібно обов'язково враховувати причини, форму, стадію та ступінь ДЦП, а також можливі ускладнення при провадженні реабілітаційних заходів.

О.В. Чміленко, Д.С. Кравчук

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СТУДЕНТІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.), Н.Д. Корольова (к.психол.н., доц.),

В.В. Чорна (к.мед.н., викл.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Емоційне напруження досить негативно впливає на стан здоров'я студентів під час складання іспитів. Емоційне хвилювання є одним із факторів, що перешкоджає успішності складання іспитів. Особливу увагу привертає проблема екзаменаційного стресу, особливостей проведення іспитів та їх впливу на емоційний стан студентів.

Мета: Визначити час найбільшого емоційного напруження у студентів та шляхи його подолання. Шкідливі, так і не шкідливі чинники, які спричиняють виникнення хронічної втоми, потребу у психологічній допомозі, як до початку іспитів, так і після.

Матеріали та методи: Проведено анкетування 433 студентів 2, 4 та 5 курсів ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Результати: За даними проведеного анкетування встановлено, що до початку іспитів дівчата-студентки 2 курсу відчувають паніку – 46,3%, 4 курсу - 46,9%, та 5 курсу - 31,3 %, відчувають страху – 24,8% (2 курс), 21,6% (4

курс), 20,8% (5 курс). Ці ж відчуття відмічалися за 3-4 дні до іспитів, 32,5%, 27,3%, 35,4%, відповідно. А за 1-2 дні до іспитів вони практично не змінювались, 39,1%, 35,5%, 27,1% відповідно. Для зменшення емоційного напруження питома вага вживання алкоголю збільшувалась у чоловіків-студентів 2 курсу – 15,4%, 4 курсу – 18,9%, 5 курсу – 18% (). Так само збільшилась кількість студентів, які палять – 28,9% (2 курс), 26,4% (4 курс), 35,9 % (5 курс) знімаючи стрес до іспитів. Щодо тривалості нічного сну під час навчання, було встановлено, що при нормальній тривалості 7-8 год., його тривалість під час складання іспитів скорочується до 5-6 год. у дівчат 2-5 курсів (біля 42,21-47,1%), і 4-3 год. (25,5-27,6%), що приводить до хронічної втоми у дівчат 2 курсу – 30,7%. У хлопців з'являється надмірна дратівливість (32,1%), і це є причиною виникнення різних захворювань, таких, наприклад, як гастрит у студентів 2 курсу (16,2% у дівчат і 13,3% у хлопців); виразка шлунку, панкреатит – 4,27% у дівчат, 1,67% у хлопців. Для попередження цих захворювань студентам всіх курсів, а особливо 2 курсу – перед іспитами (67,9% для дівчат і 54% для хлопців) необхідна психологічна допомога. Так само відповіли студенти 4 курсу – 63,8%, 26,5% відповідно.

Висновки: Серед опитуваних студентів близько 70% потребують психологічної допомоги до іспитів, але й після іспитів цей відсоток коливається близько 12-14 % у дівчат та 13-29 % у хлопців (особливо старшокурсники). Пропонуємо створити кімнату психологічної допомоги для попередження виникнення захворювань. Адже відомо, що розумово-емоційне навантаження впливає на працездатність, і врешті на стан здоров'я, що виявляється послабленням імунітету та збільшенням захворюваності серед студентів.

В.В.Чорний, Є.О.Панченко

МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗОНІ АТО В ПЕРІОД 2014-2016 РОКІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В.Матвійчук (к.м.н., доц.)

В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У зв'язку з проведенням Антитерористичної операції (АТО) на території України зросла кількість важкопоранених (27856 – з них 6452 через неправильне надання само- і взаємодопомоги (данні з sensor.net 2016 рік) тому різко виникла потреба у здобутті навичок надання допомоги на полі бою за новітніми стандартами НАТО, забезпеченні мед засобами і кваліфікованим персоналом.

Мета: 1) порівняти рівень підготовки і забезпеченість для надання домедичної і медичної допомоги пораненим; 2) визначити особливості надання само- і взаємодопомоги на лінії вогню при станах, які загрожують життю військовослужбовців, щоб зменшити кількість жертв.

Матеріали та методи: проведений аналіз дій військовослужбовців на полі бою за період 2014-2016 років (з власного досвіду), статистичних показників рівня забезпечення аптечками, санітарними інструкторами, медичними працівниками конкретного добровольчого батальйону «А», матеріали Північно Американського Рятівника (North American Rescue), сучасна література НАТО за останні 3 роки.

Результати: У 2014 році з розрахунку на 250 чоловік кількість аптечек складала 5шт (2%), а в 2016 році їх кількість зросла до 162шт (64.8%). Число людей які мали знання та вміння надавати само- і взаємодопомогу (накладання САТ, десмурґія, введення повітряводу) в 2014 році була надзвичайно низькою 25(10%), а станом на 2016 рік цей показник значно зріс 175(70%). Відповідно зросла і кількість санітарних інструкторів: 2014 – 1 на 250 чоловік, а в 2016 – 5. На початку бойових дій допомога військового медичного персоналу була не доступна і не організована. У 2016 році ситуація покращилася, ефективність евакуації зросла: з'явились транспортне забезпечення(оснащені, спеціалізовані реанімобілі), максимальна відстань до військово польового госпіталю (ВПГ) 60км. Поетапне надання медичної допомоги стало більш організованим. У 2014 році відсоток повернення поранених для продовження військової служби був низьким (24%), а у 2016 році значно виріс (64%).

Висновки: Знання та вміння застосовувати навички само- і взаємодопомоги займає одну з головних частин в рятуванні життя і подальшого боєздатності військовослужбовців під час ведення бою. Важлива подальша евакуація спеціалізованим військово-медичним персоналом (парамед) з наступним сортуванням Досвід НАТО має найкращу доказову базу на даний момент. Забезпечення аптечками покращилося. Кількість підготовлених санітарних інструкторів збільшилося.

С.Ю.Чухрій, О.В.Колодій

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

С.С. Сухань (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність проблеми: Сьогодні, у вік науково технічного процесу людство практично відійшло від масштабного використання ручної праці тим самим "розв'язавши руки" так званим хвороб століття.

Багато людей намагаються повністю відгородити себе від фізичних навантажень, думаючи, що чим менше вони зазнають фізичних навантажень, тим здоровішими вони стають. Багато працівників розумової праці, студенти намагаються зменшити фізичні навантаження, тим самим, підриваючи своє здоров'я.

Особливо гостро відчувається надмірне розумове і нервово-психічне навантаження у нашому вузі, і взагалі це стосується всіх студентів-медиків. Люди, що викликаються лікувати і рятувати інших людей найчастіше страждають самі від перевтоми і розумового виснаження. Часто це трапляється через невміння правильно розподілити свої можливості і неправильно підібраний вид відпочинку. Недаремно науковці і провідні лікарі світу наголошують на тому, що найкращий відпочинок—це зміна роду і виду діяльності, а не бездіяльність у перервах між працею.

Матеріали і методи: Ми вирішили провести ряд експериментів, в яких ми дослідили вплив елементарних фізичних вправ у перервах між навчанням на запам'ятовування і розумову працездатність студентів. Для досліду ми обрали 30 студентів нашого вузу і провели деякі дослідження, які дали нам змогу порівняти розумову працездатність студентів до і після фізичних вправ. Було визначено 3 етапи дослідження: визначення розумової працездатності студентів, що не мали навантаження (вранці перед парами); студентів, що втомилися на парах з біохімії, мікробіології, оперативної хірургії; студентів, що після важкої пари виконали 10-хвилинний комплекс силових фізичних вправ і вправ на витривалість (присідання—30 разів, махи руками—20 разів, нахили—20 разів тощо).

Висновки: Так, найкращі результати ми отримали зранку, тоді, коли мозок студентів тільки-но відпочив: Зорова, слухова пам'ять студентів, швидкість їх розумової діяльності, швидкість реагування виявилися найкращими після відпочинку. Результати тестів були найгіршими після тривалого розумового виснаження студентів під час занять. Зорова пам'ять студентів після пари погіршилась на 20%, у порівнянні з пам'яттю студентів після відпочинку. Слухова пам'ять погіршилась на 25%. Швидкість розумової діяльності знизилась на 20%. Швидкість реагування знизилась на 18%. І, як і очікувалось, покращення результатів ми побачили після проведення елементарної зарядки. Зорова пам'ять студентів після 10 хвилинної зарядки і 5 хвилинного відпочинку у порівнянні з показниками зразу після пар підвищилась на 16%. Слухова пам'ять покращилась на 10%. Швидкість розумової діяльності підвищилась на 12%. Швидкість реагування покращилась на 10%

С.П. Шавула

ЗВ'ЯЗОК ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ З ВИНИКНЕННЯМ БОЛЮ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

А.М. Ціхомський (ас.), С.П. Колісник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ у світі статевим шляхом щорічно інфікується Ch. Trachomatis 90 млн. осіб (WHO, Geneva, 1996). За даними МОЗ України в 2001 році було зареєстровано 34381 хворих на хламідіоз. За 1999–2001 роки частота випадків хламідійної інфекції по Україні збільшилася на 42,4% (серед чоловіків – на 12,5 %, а серед жінок – на 69,3 %). Проте, можна припустити, що ця реєстрація неповна.

Складність діагностики полягає в варіабельності клінічної симптоматики інфекції. Нерідко хламідіоз перебігає безсимптомно або симулює симптоми інших захворювань. Відомо, що для хламідійної інфекції характерна тривала внутрішньоклітинна персистенція, яка при генетичній схильності та активізації автоімунного процесу, може призводити до розвитку реактивного артриту (синдрому Рейтера) із ураженням сечостатевих органів, кон'юнктиви, суглобів. Немає достатньої інформації щодо поширеності хламідійного сподилоартриту та його ролі у розвитку болю в нижній частині спини (БНЧС).

Мета роботи: Вивчити поширеність хламідійної інфекції та її зв'язок з розвитком БНЧС.

Матеріали і методи: Нами проведено ретроспективне рандомізоване одномоментне дослідження 1753 історій хвороби, з яких було відібрано для аналізу дані 173 пацієнтів, які проходили лікування та реабілітацію у Центрі медичної реабілітації та спортивної медицини м. Вінниці в 2011-2017, віком 16-78 (42,31±14,98) років, з яких 57 осіб чоловічої статі, 116 – жіночої.

Результати: Із 173 пацієнтів, кількість осіб, що зверталися зі скаргами на біль в поперековій ділянці, була 125 (72,25%), з яких жіночої статі – 90 (72%), чоловічої – 35 (28%), 33 пацієнти (26,4%) мали позитивний титр Ig G до Ch. Trachomatis, а у 92 пацієнтів (73,6%) – негативний. Серед 41 інфікованої особи, 33 (80,4%) пацієнта скаржились на БНЧС, при цьому відсутність БНЧС спостерігалася лише у 8 (19,5%) хворих. Відношення шансів OR=1,79, (95% ДІ 0,76-4,23), що свідчить про можливість в'язку між хронічною хламідійною інфекцією та БНЧС. У жінок частіше буває БНЧС (OR=1,33), який пов'язаний з інфікуванням Cl. Trachomatis (OR=1,39).

Висновки: При БНЧС одним з патогенних факторів може бути хронічна персистуюча хламідійна інфекція, (OR=1,79). Отже, доцільним є визначення Ig G до Ch. Trachomatis при БНЧС.

Д.М. Шад, Д.О. Левковська

ДИНАМІКА ВИЇЗДІВ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ З ПОДАЛЬШИМ ПРОВЕДЕННЯМ ТРОМБОЛІЗИСУ ПРЕПАРАТОМ «АКТИЛІЗЕ»

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Запорукою надання ефективної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу (ГПМК), передусім — ішемічному, є максимальне використання переваг, які надає явище “терапевтичного вікна” (3-4.5 години від початку захворювання, впродовж яких лікування з використанням тромболітичної терапії є безпечним та ефективним у ретельно відібраних хворих).

Мета дослідження: проаналізувати трирічну динаміку якісних показників надання допомоги при інсульті на території м. Вінниці, Вінницького району та спеціалізованого інсультного центру (Вінницька область).

Матеріали та методи: оброблені та проаналізовані кількісні показники карт виїзду до пацієнтів з ГПМК (2014-2016 р.), отримані з бази Вінницької станції ЕМД та карти стаціонарних хворих Вінницького інсультного центру.

Результати досліджень: з 2014 р. У Вінницькій області проводиться комплекс заходів, спрямований на скорочення термінів догоспітального етапу при інсульті - активна кампанія інформування населення, постійна програма професійного тренінгу медичного персоналу (медицина катастроф, екстреної медичної допомоги, сімейних і дільничних лікарів, первинної ланки, вторинного та третинного рівнів надання допомоги), створення спеціальної безкоштовної телефонної лінії для прямих дзвінків, поширення протоколів та прямих маршрутів пацієнта для об'єднання зусиль в одну процедуру, без проміжних етапів та втрати часу. У 2014 р. було 2456 випадків захворювання на ГПМК, з них госпіталізовано 1281; у 2015р. випадків захворювання 2877, з них госпіталізовано 1582; у 2016р. 3106 випадків, госпіталізацій 1752. Динаміка доправлення хворих до центру у “терапевтичне вікно” : у 2014 р. - 126 хворих, у 2015 р. - 211 і у 2016 р. - 296. Виходячи за показами процедур системного тромболізу, відповідно , 29 (2014 р.), 61 (2015 р.) та 84 (2016 р.), що склало для цієї категорії пацієнтів 23 %, 28.9 % та 28.4 % активності. Смертність при виконанні процедури тромболізу становила за три послідовні роки 4 (13.8 %), 5 (8.2 %) та 6 (7.1 %) випадків. В 2 випадках причиною смерті була геморагічна трансформація інсульту, в 1 - розшаровуюча аневризма черевної аорти і в 12 - злоякісний набряк мозку.

Медіана оцінки неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS для пацієнтів, яким проводилась тромболітична терапія складала 16 (в 2014 р.), 14.9 (в 2015 р.) та 14.1 (в 2016 р.) бали. При виписці медіана оцінок складала, відповідно, 9.6 , 7.7 та 6.7 бали.

Висновки: З кожним роком збільшується кількість випадків захворювання на ГПМК, але при цьому спостерігається позитивна динаміка доставки хворого до лікувального закладу у «терапевтичне вікно», що свідчить про підвищення оперативності та якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі бригадами ЕМД та медицини катастроф. Застосування препарату "Актилізе" зменшило число летальних випадків внаслідок ішемічного інсульту. Безкоштовне виділення препарату «Актилізе» забезпечує доступність даного методу для всіх пацієнтів.

М.П. Шванц

ДЕСИНХРОНОЗ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ. ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В. Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Десинхроноз являє собою вид хронопатології, який є передвісником та супутником найрізноманітніших проявів неблагополуччя організму, в тому числі і багатьох захворювань. На даний момент порушення режиму добової діяльності вважається однією з основних причин погіршення стану здоров'я молоді, що особливо актуально для студентів медичного університету, враховуючи високе навантаження.

Мета: Виявити відсоток студентів-медиків з порушеним циркадним ритмом. Впровадити біоритмологічні принципи раціональної організації повсякденної діяльності з урахуванням належності особи до певного хронотипу та типу працездатності з метою покращення працездатності, самопочуття у студентів та збереження їх здоров'я .

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 30 студентів третього курсу чоловічої статі з різним хронотипом та типом працездатності. Оцінка хронотипу здійснювалась за тестом Ламперта. Визначення типу працездатності студентів відбувалося за тестом Остберга. Як критеріальний показник біоритмологічного стану організму використовували характеристики циркадних ритмів температури тіла. На основі фізіологічних показників досліджували форму денного відрізка хронограми і на підставі отриманих даних здійснювали

бальну оцінку результатів, метою якої є визначення типу фізіологічних кривих досліджуваних осіб.

Результати: До хронотипу «голуби» належать 18 студентів, «жайворонки»-8 та «сови»-4 особи. Серед досліджуваних осіб більшість становили аритміки (16 осіб), менше - слабо виражений вечірній тип (6 осіб), чітко виражений вечірній тип (2 особи). До слабо вираженого ранкового типу належать 5 осіб, і лише одна особа до чітко вираженого ранкового типу. У 11 студентів з 30 (36,6%) за даними бальної квантифікації було виявлено десинхроноз.

Висновки: Десинхроноз було виявлено у осіб з хронотипом «голуби» та «сови», з аритмічним, слабо вираженим вечірнім та чітко вираженим вечірнім типом працездатності. Після впровадження запропонованих нами рекомендацій щодо раціональної організації повсякденної діяльності студентів, а саме: правильної організації трудової діяльності, режиму сну та відпочинку, рухової активності, оптимального режиму харчування, відсоток студентів з виявленим десинхронозом знизився на 63,6 %. Слід зазначити, що у студентів також покращилось самопочуття та спостерігалось підвищення ефективності праці. Отже, можна стверджувати про високу ефективність запропонованих біоритмологічних принципів організації режиму дня для профілактики та лікування десинхронозу у осіб з різною добовою ритмічністю та доцільність їх застосування для студентської молоді.

С.М. Якліч

КОРЕКЦІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Н.О. Сорокіна (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Постава має нестійкий характер в період посиленого росту тіла дитини, що припадає на молодший шкільний вік. Створення загальноосвітніх шкіл нового типу веде до перевантажень дитячого організму через збільшення тривалості занять і об'єму навчального матеріалу. Сумарний об'єм знань, який отримують учні у сучасній українській школі, набагато перевершує їх можливості його засвоєння, що веде до погіршення стану здоров'я дітей. Зокрема, це є причиною виникнення відхилень від нормальної постави. Вже через рік після початку навчання у школі кількість дітей з поганою поставою значно збільшується, в майбутньому це може призвести до серйозних порушень гомеостазу. Саме тому для його дослідження була обрана дана тема.

Мета: Дослідити рівень правильності постави та вивчити методику корекції порушень постави школярів на основі поєднання фізичних вправ і масажу.

Методи та матеріали : Аналіз наукової та методичної літератури з проблеми дослідження, аналіз нормативної документації вищих закладів освіти; статистичний та графічний методи, узагальнення. У дослідженні брали участь школярі початкових класів НВК:ЗШ I-III ст. -гімназії №2 м. Вінниці, 60 учнів. Вимірювання допомагала здійснювати шкільна медична сестра.

Результати: Дефекти постави можуть бути як в сагітальній, так і у фронтальній площинах. В ході дослідження у сагітальній площині виділені наступні варіанти порушення постав: дефекти постави із збільшенням фізіологічних вигинів хребта (сутулуватість -12 уч., кругла спина-6 уч., кругло-увігнута спина-7уч); дефекти постави із зменшенням фізіологічних вигинів хребта(плоска спина-3 уч., плоско-увігнута спина- 5 уч.). У фронтальній площині дефекти постави не поділяються на окремі види, в ході дослідження виявлено 12 уч. з такими дефектами. Тільки 11 учнів виявились без порушень постави.

Висновки: Проаналізувавши статистичні дані учнів молодшого шкільного віку, опрацювавши наукову і методичну літературу, ми можемо зробити невтішні висновки, що 81,7 % мають порушення постави. Порушення постави супроводжуються серйозними і складними наслідками у функціонуванні організму людини. Неправильна постава та хвороби, що її супроводжують, можуть викликати у дітей психічні розлади. Отже, постава - це критерій стану здоров'я дитини.

ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ



PHYSICS AND CHEMISTRY

О.Г. Басінських, А.В.Луканова

ХІМІЯ В КУЛІНАРІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.хім.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На даний час майже всі харчові продукти містять хімічні добавки, які кодуються буквою Е з цифрами – це стабілізатори, барвники, емульгатори, підсолоджувачі та ін. В організмі людини багато з них в результаті метаболізму утворюють токсичні речовини, які можуть порушити біохімічні процеси.

Мета: Узагальнити сучасну наукову інформацію щодо окремих хімічних речовин, які найчастіше використовуються як харчові добавки, та пояснити хімізм їх токсичної дії в живому організмі.

Матеріали та методи: Проаналізована література з фізичної та органічної хімії, харчових добавок, кулінарії (за 2013-2016 роки) та вибрані найбільш вживані хімічні речовини, які використовуються як харчові добавки і впливають на біохімічні процеси в організмі людини.

Результати: Знайдено, що в кулінарії використовуються фізико-хімічні процеси та багато хімічних речовин для одержання харчових продуктів: маргарин, майонез тощо.

Такий харчовий продукт як маргарин одержують в промисловості перетворенням рідких жирів в тверді. Це процес гідрогенізації, під час якого іде реакція гідрування вищих ненасичених жирних кислот (Норман, 1901р). Ця реакція в свою чергу ґрунтується на гідрування алкенів (Сабатьє 1897р., Нобелівська премія) з використанням нікелю як каталізатора. Твердий продукт, що утворюється називається саломас, до якого додають вершкове масло, олію, барвники, пахучі речовини і одержують маргарин. Але в кінцевому продукті міститься нікол, який дуже важко вилучити з саломасу, а він є канцерогеном. Крім того, процес гідрогенізації відбувається за температури 200°, в результаті цис-ненасичені кислоти ізомеризуються в транс-кислоти. Вживання транс-жирів підвищує ризик серцево-судинних захворювань, змінюють структуру мембран та ін. Тому маргарин не рекомендується для повсякденного вживання, як це було на початку 20-го століття.

Для одержання такого продукту як майонез, який є емульсією, необхідний стабілізатор лецитин (фосфатидилхолін). Лецитин це поверхнево-активна речовина, яка емульгує (подрібнює) часточки жиру, утворюючи захисний шар навколо них. Таким чином одержують стійку емульсію.

Широко відомі бульонні кубики містять натрій глютамат, який надає їм м'ясного смаку. Ця сполука в організмі людини дисоціює і підвищує кислотність в шлунку. Існує синдром «китайського ресторану», тобто після вживання їжі з натрій глютаматом відчувається печія. В подальшому це може призвести до виразки шлунку.

Висновки: Використання фізико-хімічних методів та хімічних речовин дає можливість отримати високоякісні харчові продукти.

К.Б. Баширова, В.В.Ткаченко, О.Б. Дашкевич, Д.О. Картавих

ВІТАМІНИ: БІОЛОГІЧНА РОЛЬ, МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна.

Актуальність роботи: Для нормального існування організму людини потрібні білки, ліпіди, вуглеводи, мінеральні солі і вітаміни. Останні є незамінними факторами, які беруть участь в регуляції багатьох біохімічних і фізіологічних процесів, не синтезуються в організмі і надходять з їжею. Вони є кофакторами багатьох ферментів, забезпечують функціонування клітинних структур, метаболізм амінокислот, вуглеводів, ліпідів, нуклеїнових кислот. Вітаміни необхідні для росту організму, кровотворення, діяльності нервової, серцево-судинної, репродуктивної та травної систем, підтримання зорових функцій, стану шкіри тощо. Слід також відмітити їх винятково важливу роль у забезпеченні адекватної імунної відповіді. Мета роботи: Розглянути водо- і жиророзчинні вітаміни і вітаміноподібні речовини за наступним планом: хімічна природа, фізико-хімічні властивості, історія відкриття, біологічна роль (коферментні та некоферментні функції), гіпо-, а- та гіпервітамінози. Акцентувати особливу увагу на їх медичне застосування.

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури, фармацевтичних довідників, інформації з джерел інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med 2012-2016, накази МОЗ). **Результати:** Знання про функції і процеси, в яких приймають участь вітаміни, є необхідними для кожної людини. Багато хвороб пов'язані з порушенням надходження вітамінів в організм та їх засвоєнням. Для профілактики захворювань, викликаних дефіцитом вітамінів, потрібна правильна організація харчування і способу життя загалом. Надлишок вітамінів та вітамінних препаратів також може негативно позначитись на здоров'ї людини. Вітаміни розглядаються як важливий засіб загальної первинної профілактики хвороб, підвищення працездатності, уповільнення процесів старіння. Вони призначаються лікарем як окремі лікарські препарати, так і у комплексній терапії для покращення результатів дії ліків та швидкого одужання. Тема «Вітаміни» викладається на другому курсі, але потрібна й старшокурсникам під час вивчення клінічних дисциплін і для їх майбутньої професійної діяльності.

Висновок: Отримані матеріали опрацьовані, систематизовані і знайшли своє відображення у вигляді створеного нами навчального буклету «Вітаміни: біологічна роль, медичне застосування», використання якого в навчальному процесі дозволить підвищити його наочність і ефективність.

Е.В.Береснева, Р.Н.Зароченцев

ПРИНЦИПЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УКРАИНЕ

Кафедра медицинской и биологической физики и медицинской информатики

А.А. Човпан, (к. физ.-мат.н, доц.)

Харьковский национальный медицинский университет

Харьков, Украина

Актуальность. Повседневная необходимость в достоверной информации о методах диагностики, терапии, профилактики, оценки прогноза заболевания однозначно определяет необходимость исследований в данной области. Доказательная медицина – раздел медицины, который основан на доказательствах, предполагающих поиск, необходим для сравнения, широкого распространения полученных доказательств и сведений для использования их в интересах больного. Такая формулировка данного понятия была предложена канадскими учеными в 1990 году. Необходимость введения принципов доказательной медицины на данном этапе в Украине обусловлена главным образом необходимостью критической оценки информации для практикующих врачей и департаментов здравоохранения, но главным препятствием внедрения является недостаток средств для проведения клинических исследований.

Цель: Исследование основных причин, повлиявших на широкое распространение доказательной медицины во врачебной деятельности.

Результаты: Таковыми являются: традиционные источники в медицинской области, менее эффективны, состоят из огромного количества информации, так как в нашем мире постоянно происходят новые открытия, в результате чего эти сведения становятся не актуальными и теряют свое значение в применении их во врачебной деятельности. В деятельности медицинского персонала возможно расхождение между клиническим мышлением и диагностическими возможностями. Неспособность врача уделить пациенту больше времени для нахождения и обоснования ему доказательств, касательно, его диагноза. Основные составляющие ДМ: Доказательное использование методов диагностики; доказательное использование методов лечения; доказательный анализ медицинской литературы; доказательная организация и управление службой медицины.

Итак, что же является основой доказательной медицины? Методической основой доказательной медицины на данный момент является клинической эпидемиология- это наука, необходимая для разработки методов клинических исследований, которые дают возможность делать, какие-либо научно-обоснованные выводы, при этом, сводить к минимуму влияние систематических и случайных ошибок на полученные результаты исследований. Клиническая эпидемиология позволяет врачам осуществлять прогнозирование для каждого отдельного пациента на основании полученных результатов, при этом используются строгие научные методы. К основным положениям отрасли клинической эпидемиологии относят:

Прогноз лечения или постановка диагноза для определенного больного не определены, поэтому в практике часто используется система вероятности. Систему вероятности для конкретного пациента оценивают на основе предыдущего опыта, который необходимо учитывать на базе данных пациентов с аналогичными симптомами или протекание заболевания. Любые исследования, используемые врачами для постановки диагноза, так же зависят от системы вероятности. Для оценки эффективности методов измерения в медицинской диагностике, как и в других разделах медицины и биологии, применяют ряд критериев, главными из которых являются:

точность измерения- соответствие результатов измерения истинному значению определяемой величины. Высокая точность измерения достигается при минимальных рандомизированных и систематических погрешностях; правильность измерения. Чем меньше систематические погрешности измерений, тем более правильным оказывается измерение; сходимость измерений. Этот критерий показывает, насколько близки друг к другу измерения, выполненные в одинаковых условиях, т.е. в одной и той же лаборатории и на одном и том же приборе; воспроизводимость измерений. Этот критерий показывает, насколько близки между собой результаты измерений, выполненных в различных условиях.

Выводы. Доказательная медицина сильно повлияла на мировоззрение и на деятельность врачей во всех странах мира, позволив создать единую систему подходов в медицинской практике, где особое внимание уделяется методам обоснования данных и взаимодействие их с достоверными источниками с целью, проведения эффективного лечения пациента.

M. Vasilieva
BIOCHEMICAL QUALITY CHANGES IN TEARS

I. Cuțescu (lect.)
Department of Biochemistry and Clinical Biochemistry
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"
Chisinau, Republic of Moldova

Introduction: The composition of the tear depends on its type: emotional, caused by irritants or pathologies. Tear is composed of 98.2% water and 1.8% solids elements. Biochemical changes involve the quality of tears under the following main factors: age, sex, smoking, hormones, drugs, systemic diseases. Purpose: to demonstrate that biochemical qualitative changes of tear fluid have a diagnostic importance.

Materials and methods: Lacrimal fluid, obtained from healthy persons, lens wearers and subjects with disease (diabetes, glaucoma, keratoconus), were analyzed electrophoretic and immuno-histo-chemical methods.

Results: It was demonstrated the presence of enkephalin, ACTH and prolactin in emotional tears. The healthy tear include basic protein of lacrimal fluid (lysozyme, lactoferrin, albumin), moreover it has been found surfactant proteins, erythropoietin, angiotensin converting enzyme. The concentration of angiotensin converting enzyme is decreased twice in DM, and its concentration is increased in glaucoma. Moreover, in diabetics the concentration of lysozyme and lactoferrin is lowering, but those of immunoglobulins increases. In keratoconus the activity of creatine kinase decreases, but lactate dehydrogenase activity increases. The tear pH in the lens wearers becomes alkaline, while in the diabetics the pH is acid.

Conclusions: The comparative study of qualitative biochemical changes in the tear fluid demonstrates the link between protein concentration and systemic pathologies.

В.В. Венцель
ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ЦИФРОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кафедра медичної та біологічної фізики та медичної інформатики

Г.О. Човпан (к.фіз.-мат.н., доц.)

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Постіндустріальна епоха несе з собою переваги для всіх. Мережа Інтернет є прикладом стрімкого розвитку інформаційних систем. Такий стан має і негативний фактор, цифрові інформації містять безліч небезпек, серед них особлива – порушення медичної та лікарняної таємниці. Значну дискусію викликає проблематика інформаційно-правової відповідальності за несанкціонований доступ до персональних даних пацієнтів та цифрової інформації про стан здоров'я, що обумовлює актуальність обраної теми.

Мета: вивчення основних правових аспектів захисту цифрової інформації в системі охорони здоров'я.

Матеріали та методи: На сучасному етапі розвитку наша держава ставить людину, її життя і здоров'я в один із найвищих пріоритетів соціальних цінностей. Основою правового захисту цифрової інформації в Україні стали міжнародні документи, які затверджують поняття персональних даних. При цьому в нашій державі норми щодо захисту персональних даних вперше були закріплені у Конституції України, в якій затверджено про недопущення збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом. Іншими правовими актами, зокрема, Цивільним кодексом, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що пацієнт має право на таємницю про стан здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, про відомості, одержані при його медичному обстеженні. При цьому зазначено про заборону вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Результати: Саме завдяки швидкому розвитку комп'ютерних технологій зростає можливість несанкціонованого доступу до цифрової інформації, персональних даних пацієнтів, їх незаконного поширення. Це є однією з причин необхідності правового регулювання і жорсткого контролю відносин, які пов'язані з обробкою цифрової інформації та персональних даних пацієнтів, захистом їх порушених прав. Небезпека виникнення таких порушень існує у відносинах між пацієнтом та медичним персоналом у процесі обігу цифрової інформації, яка містить персональні дані. Таке положення врегульоване Законом України «Про інформацію», яким затверджено неприпустимість зловживання правом на інформацію. В Законі України «Про захист персональних даних» затверджено вичерпний перелік суб'єктів інформаційних відносин та персональні дані віднесено до конфіденційної інформації.

Висновки: Прийняття національних нормативних актів щодо регулювання захисту персональних даних є одним з важливих кроків, який наближає правову систему України до європейських стандартів. Та проблема правового захисту цифрової інформації в системі охорони здоров'я залишається досить актуальною. Вбачається за необхідне прийняття спеціального закону, в якому необхідно передбачити правові засади електронної, цифрової медицини, збереження та захисту цифрової інформації для функціонування сучасної електронної системи охорони здоров'я та дотримання етичних норм всіма учасниками відносин даної сфери.

Я.В.Габорець
**БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ, СИГНАЛЬНІ ОНКОГЕНИ ТА КООРДИНАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ
РАКУ ЯЄЧНИКІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії
О.М. Колошко(к.м.н.,ст.викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Рак яєчників є одним із найбільш небезпечних злоякісних новоутворень, діагностику якого неможливо провести на ранніх етапах розвитку пухлини. Частота поширеності патології не має тенденції до згасання. Цей факт є рушійним у вивченні патогенезу хвороби, а саме її біохімічних аспектів, що дозволили б здійснити пошук методів ранньої діагностики та лікування хвороби.

Мета: Висвітлити роль біохімічних механізмів розвитку раку яєчників, пов'язаних із метаболізмом L-аргініну, активністю АТФ-гідролазних систем, естрогенною гіперстимуляцією, та генетичною схильністю.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій з досліджуваного питання за період 2010-2016 р. із ресурсу PubMed, GoogleScholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

Результати: Розвиток раку яєчників залежить від ряду факторів: хвороба є гормонзалежною, стимулюється порушенням гормонального балансу в системі «гіпофіз–яєчники» та розвитком естрогенної гіперстимуляції. Естрогени відіграють етіологічну роль, тоді як гонадотропін-релізінг гормон і прогестерон є захисними факторами патогенезу. Захворювання обумовлене онкомаркерами: плацентарним(ХЧГ), онкофетальним, метаболічним, та антигенами мембран пухлинних клітин. Високі сироваткові концентрації β-субодиниці ХЧГ у 98% невагітних жінок вказують на наявність хоріокарциноми яєчників, а метаболічні онкомаркери (термостабільна лужна фосфатаза, γ-естераза) найінформативніші за раку ендометрію. Роль генетичної складової також не викликає сумнівів: практично для всіх випадків раку яєчників характерна наявність делецій генетичного матеріалу, спадкових мутацій гену-супресора BRCA1. У носіїв мутованого гена спостерігається ранній вік виникнення раку яєчників, відзначаються первинно-множинні пухлини із залученням як яєчників, так і молочної залози. Важливу роль у метастазуванні відіграє механізм перетворення L-аргініну в NO, що у високих концентраціях інгібує, а в низьких – стимулює пухлинний ріст. За розвитку раку яєчників відбувається зниження Na+K+-АТФазної активності внаслідок пригнічення експресії генів, як наслідок виникають карциноми, пригнічуються процеси апоптозу.

Висновки: Отже, в роботі висвітлено результати сучасних біохімічних досліджень патогенезу раку яєчників, продемонстровано роль гормонів та спадкових мутацій генів у розвитку патології. Встановлено, що зміна активності аргінази та рівня NO можуть бути використані як діагностичні маркери раку яєчників, а інгібітори NO-синтази та аргінази можуть застосовуватись для посилення лікувального ефекту проти пухлинних препаратів. Визначення АТФ-азної активності в лімфоцитах дає якісну оцінку функціонування імункомпетентних клітин. Порівняння її з іншими біохімічними характеристиками має значення для з'ясування механізмів розвитку хвороби.

О.А. Гнатій, М.А. Зубікова
ОСОБЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ МЕХАНІЧНОЇ МОДЕЛІ ДІЛЯНКИ СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра біофізики, медичної апаратури та інформатики
В.М. Дідич (к. т. н., ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Створення моделей системи кровообігу є актуальною задачею протягом багатьох років. Вони дають можливість визначити механічні властивості та характер функціонування системи, а також детально з'ясувати механізм утворення патологій та критичні значення параметрів.

Мета: Основним завданням створення фізичних моделей є відтворення фізичними способами біологічних структур з метою їх подальшого детального дослідження. Модель дає значно більше інформації про біомеханіку процесу завдяки використанню сучасних засобів вимірювання.

Матеріали та методи: Моделі гемодинаміки застосовуються для визначення параметрів системи при вимірюваннях досліджуваної величини у точках на вході та виході. При побудові моделі для кращого відтворення об'єкта потрібно враховувати механічні властивості стінок судин, зокрема той факт, що товщина стінки приблизно дорівнює 10% від внутрішнього радіуса крупних судин та 25% - від мілких судин. Другою особливістю фізичної моделі має бути еластичність стінок трубок. Модуль Юнга різних артерій різний. Це забезпечує різний гідравлічний опір у модельованих судинах різного діаметра. Роль серцевого м'яза відіграє гідронасос, який завдяки під'єднаному електричному реле працює в імпульсному режимі та періодично поширює в систему трубок пульсову хвилю. Магістральну ділянку судин виготовлено із протезів судин, які часто використовують в судинній хірургії. Вимірювання тиску в модельованій ділянці кровоносної системи0 виконується безпосередньо шляхом введення в судину порожнинної голки, що з'єднана гумовою трубкоюз

чутливим монометром. Подібний спосіб використовують в експериментах з тваринами. Величина швидкості руху рідини по системі трубок визначається за допомогою трубок Піто. Різниця рівнів у них дає можливість розрахувати гідродинамічний тиск, який пропорційний лінійній швидкості.

Результати: Враховуючи експериментально отримані значення тиску та лінійної швидкості руху рідини можна розрахувати параметри системи кровообігу: гідравлічний тиск, градієнт тиску, об'ємну швидкість, число Рейнольдса та інші.

Висновки: Дослідження механічних процесів, що відбуваються в окремих елементах системи кровообігу на фізичних моделях дає можливість вирішувати ряд теоретичних і практичних задач, встановлювати взаємозв'язок між параметрами моделі та реального об'єкта.

К.В. Гуцаленко, М.В. Карлійчук

ВИКОРИСТАННЯ ПРИРОДНИХ КИСЛОТНО-ЛУЖНИХ ІНДИКАТОРІВ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ pH СЕРЕДОВИЩА

Кафедра біологічної та загальної хімії

Т.М. Зелінська (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Полягає в тому, що властивості рослинних об'єктів можуть бути використані для застосування в різних областях науки, таких як хімія, біологія і медицина. Антоціани мають величезне біохімічне значення. Вони є потужними антиоксидантами, які сильніше в 50 разів вітаміну С; надають захисну дію на судини, зменшуючи їх ламкість, допомагають знизити рівень цукру в крові, покращують пам'ять. Потрапляючи в організм людини з фруктами і овочами, антоціани проявляють дію, схожу з вітаміном Р, вони підтримують нормальний стан кров'яного тиску і судин, попереджаючи внутрішні крововиливи.

Мета. Порівняти властивості рослинних індикаторів з природної сировини в нейтральному, кислому та лужному середовищах (діапазон pH від 1 до 14).

Матеріали та методи. Якісний, емпіричний та порівняльний аналізи. Лакмус, фенолфталеїн, метиловий оранжевий та індикаторні універсальні папірці, рослинні екстракти червонокочанної капусти, буряка, листя чаю, смородини, вишні та малини, розчини кислоти і лугу, pH-метр 103.

Результати дослідження. У ході досліду ми порівняли індикаторні властивості деяких рослин, які містять пігменти-антоціани. Було виявлено, що найкращі індикаторні властивості має розчин червонокочанної капусти, в той час як індикатор з буряка можна порівняти із фенолфталеїном і використовувати для якісного виявлення лужного середовища (pH > 7). При подальшому дослідженні була складена індикаторна шкала для визначення pH розчинів (від 1 до 14) за допомогою рослинного індикатора з червонокочанної капусти. Нами було виявлено, що для того щоб будь-яка речовина могла служити індикатором, вона повинна відповідати таким необхідним умовам: має бути слабкою кислотою або слабкою основою; її молекули і іони повинні мати різне забарвлення; забарвлення їх повинно бути надзвичайно інтенсивним, щоб бути помітним при додаванні до випробуваного розчину малої кількості індикатора. Результати роботи показали, що природні індикатори можна використовувати як кислотно-лужні індикатори для визначення середовища розчинів в шкільній лабораторії, на заняттях елективного курсу, в хімічних гуртках, також для визначення кислотності ґрунту місцевості.

Висновки. У результаті проведення даних аналітичних реакцій ми спостерігали зміну забарвлення екстрактів в залежності від різних pH. Можливе їх застосування в якості кислотно-лужних індикаторів. Найбільшу ефективність показав екстракт з червонокочанної капусти; також були досліджені індикаторні властивості буряка, листя чаю, смородини, вишні та малини. Властивості індикатору з червонокочанної капусти можна порівняти з властивостями універсального індикаторного паперу.

Є.О. Довгаль

ВИЗНАЧЕННЯ РОСЛИННИХ ПІГМЕНТІВ В ГУСТОМУ ЕКСТРАКТІ З ЛИСТЯ РОГОЗУ ВУЗЬКОЛИСТОГО

Кафедра хімії природних сполук

В.С. Кисличенко (д.фарм.н., проф.)

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Відомо, що рослинні пігменти, зокрема хлорофіли та каротиноїди виявляють виражену фармакологічну активність. Хлорофіли мають антимікробну дію, каротиноїди – протизапальну та репаративну. Сировина рогозу вузьколистого (*Typha angustifolia* L.) застосовується в народній медицині для лікування захворювань сечостатевої системи та ШКТ в якості антимікробного та протизапального засобу. Попередньо нами було одержано густий екстракт з листя рогозу вузьколистого, для якого доцільно визначити кількісний вміст даних пігментів.

Мета: Метою цієї роботи було визначення кількісного вмісту хлорофілів та каротиноїдів в густому екстракті з листя рогозу вузьколистого.

Матеріали та методи: 0,1 г (точна наважка) густого екстракту розчиняли в 25 мл 96% етанолу і переносили в мірну колбу на 25 мл.

Для розрахунку концентрації хлорофілів а і b та каротиноїдів у розчині визначали його оптичну густину на спектрофотометрі Optizen POP при довжинах хвиль, що відповідають максимумам спектра поглинання досліджуваних пігментів в даному розчиннику. Для хлорофілу а в 96 % етанолі максимум поглинання знаходиться при $\lambda=665$ нм, для хлорофілу b – при $\lambda=649$ нм. Каротиноїди визначали за довжини хвилі 441 нм.

Концентрацію хлорофілів а (Ca, мг/л) і b (Cb, мг/л) розраховували за формулами:

$$Ca=13,70 \cdot A_{665} - 5,76 \cdot A_{649},$$

$$Cb=25,8 \cdot A_{649} - 7,60 \cdot A_{665},$$

де: A_{665} – оптична густина розчину при довжині хвилі 665 нм;

A_{649} – оптична густина розчину при довжині хвилі 649 нм.

Концентрацію каротиноїдів (Скар., мг/л) розраховували за формулою:

$$C_{кар.} = 4,695 \cdot A_{441} - 0,268 \cdot (Ca + Cb),$$

де: A_{441} – оптична густина розчину при довжині хвилі 441 нм.

Після встановлення концентрації пігментів розраховували їх кількісний вміст (X, мг/г) за формулою:

де: V – об'єм спиртового розчину, мл;

C – концентрація пігменту в спиртовому розчині, мг/л;

m – наважка екстракту, г;

W – втрата в масі при висушуванні, %.

Результати: За результатами проведеної роботи було встановлено, що густий екстракт з листя рогозу вузьколистого містить хлорофілу а $1,50 \pm 0,05$ мг/г, хлорофілу b – $0,54 \pm 0,01$ мг/г, каротиноїдів – $1,13 \pm 0,03$ мг/г.

Висновки: Одержані дані можуть бути використані при розробці та одержанні нових лікарських засобів на основі густого екстракту з листя рогозу вузьколистого.

С.В. Должикова, А.В. Дениско

ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СЛУХУ ЛЮДИНИ ТА ДОСЛІДЖЕНЬ ВІДНОВЛЕННЯ СЛУХОВОГО ВІДЧУТТЯ

Кафедра біофізики, медичної апаратури та інформатики

В.М. Дідич (к.т.н., ст. викл.), М. В. Боднар (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: орган слуху дає можливість людині чути звуки, що поширюються у навколишньому середовищі. Вплив різних факторів спричиняє погіршення рівня слуху, яке може мати тимчасовий та незворотній характер. Тому дослідження динаміки зміни слухового відчуття при різних акустичних навантаженнях є досить актуальною проблемою.

Мета: контроль рівня слуху людини проводять у медичних закладах з допомогою аудіметра. Використання сучасних комп'ютерних засобів для дослідження рівня слуху дозволяє кожній людині періодично проводити дослідження порогу чутності вуха та при виявленні змін своєчасно звертатися до лікаря.

Матеріали та методи: орган слуху, на який тривалий проміжок часу діє гучний звук втрачає здатність до адаптації. При великій інтенсивності звуку рефлекторно скорочується тімпаніальний м'яз і м'яз стремінця, що веде до зменшення звукового тиску, який передається внутрішньому вухові. Проте у зв'язку з деяким відставанням рефлекторної відповіді у людини розвивається глухота. Як правило, на обстеження до лікаря пацієнт приходять тоді, коли відчутними є порушення слуху, вилікувати які не завжди вдається, тому що втрачено час, протягом якого відбулися зміни чутливості органа слуху на початкових стадіях. Періодичний контроль рівня слуху за межами медичних закладів зручно виконувати за допомогою комп'ютерної програми Home Audiometr для перевірки слуху з використанням навушників. Точність вимірювання становить 10 dB. Діапазон вимірювань становить 70 dB. Результати тесту виводяться у вигляді графіка і порівнюються із стандартними величинами. Даний програмний комплекс є у вільному доступі користувачів. На першому етапі здійснюється налаштування сигналу, що генерується звуковою картою комп'ютера та калібровка засобів передавання звукового сигналу. Потім користувач проводить звичайну процедуру визначення рівня слуху для правого та лівого вуха і отриманий результат представляється у вигляді аудіограм та набору числових значень, які відповідають порогу чутності. Для визначення тривалості відновлення рівня слуху після дій звуків великої гучності звуковий сигнал генерується програмою Sound Generator. Це простий у використанні інструмент, який дозволяє швидко генерувати звуки потрібної частоти та гучності. І одразу ж, після дій звуку, визначається пониження рівня слуху для сигналу даної частоти за допомогою Home Audiometr. Таке дослідження проводиться послідовно декілька разів до повного відновлення слуху.

Результати: Використання комп'ютерних програм Sound Generator та Home Audiometr дозволяє проводити дослідження реакцій органа слуху на звуки різної гучності. їх спільне використання дає можливість визначити поріг гучності одразу ж після дій подразника, тобто досліджувати короткотривалі процеси.

Висновок: Використання комп'ютерних засобів для проведення аудіометрії дозволяє здійснювати цю

процедуру в домашніх умовах та звертатись до лікаря при виявленні відхилень.

М.А.Карбівнича, Д.О.Орлова
ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ АСКОРБІНОВОЇ КИСЛОТИ В ЇЇ ПРЕПАРАТАХ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.В. Блажченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Аскорбінова кислота (вітамін С) життєвоважливий водорозчинний вітамін, що виконує наступні біохімічні функції: є кофактором гідроксилаз, що забезпечують синтез медіаторів; дозріванні колагену; утворення карнітину, стероїдних гормонів, перетворення вітаміну D3 в кальцитріол; підтримує сульфгідрильні групи білків у відновленому стані; сприяє всмоктуванню заліза в кишечнику; є потужним антиоксидантом; має антиканцерогенну дію; сприяє синтезу антитіл, збільшує фагоцитарну активність лейкоцитів. Тому при недостатньому надходженні вітаміну С, в людини розвивається гіповітаміноз, який проявляється сонливістю, загальною слабкістю, болем у серці, ослабленням імунітету. А при відсутності надходження з їжею, виникає авітаміноз, який проявляється цингою, для якої характерні: кровоточивість ясен, розхитування зубів, петехії, набряки, м'язова слабкість, анемія, розкриття старих ран. Основою цих змін є порушення синтезу колагену і глікозаміногліканів із розшаруванням волокнистих структур сполучної тканини, зниження всмоктування заліза, активація вільно радикальних процесів. Аскорбінова кислота (АК) є нестійким вітаміном, що досить швидко руйнується в присутності окисників та іонів важких металів, особливо швидко в лужному середовищі. Тому при довготривалому зберіганні фармпрепаратів, особливо з недотриманням умов зберігання, вміст АК може суттєво зменшуватися.

Мета: Шляхом оцінки масової частки, визначити яка кількість аскорбінової кислоти втрачається при зберіганні фармпрепарату.

Матеріали та методи: Для дослідження були взяті фармпрепарати АК на завершальному терміні придатності. В роботі застосовували наступні фармакопейні препарати АК: вітамін С + лимон (доза вітаміну С – 15 мг), аскорбінова кислота з глюкозою (доза вітаміну С – 100 мг), квадевіт (доза вітаміну С – 75 мг), вітамін С зі смаком апельсину (доза вітаміну С – 99,5 мг), вітамін С з цукром (доза вітаміну С – 25 мг).

Вміст АК визначали йодометричним методом (титрування 0,05 М р-ну I2). Метод базується на окисненні АК йодом у сильно кислому середовищі.

Таблетку фармпрепарату АК розтирали в ступці і розчиняли в 25 мл дистильованої води. До даного розчину додавали 5 мл 3 М розчину H2SO4 і кілька крапель крохмалю (використовували як індикатор) і титрували 0,05 М розчином I2. Титрування проводили до появи синього кольору.

Масову частку АК визначали як відношення визначеної маси при титруванні до маси АК, яка міститься у фармпрепараті (вказана в інструкції).

Результати: Масова частка АК у фармпрепараті становить: вітамін С + лимон (доза вітаміну С – 15 мг) – 99,2 %, аскорбінова кислота з глюкозою (доза вітаміну С – 100 мг) – 99,5 %, квадевіт (доза вітаміну С – 75 мг) – 99,6 %, вітамін С зі смаком апельсину (доза вітаміну С – 99,5 мг) – 99,5 %, вітамін С з цукром (доза вітаміну С – 25 мг) – 99,1 %.

Висновки: Із результатів нашого дослідження видно, що в даних фармпрепаратах, за умов правильного зберігання, вміст АК суттєво не зменшується. Тобто на завершальному етапі терміну придатності дані фармпрепарати АК можна використовувати як лікарські засоби.

В.О. Коваль

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАТИНСЬКИХ КВАДРАТІВ ДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРИМЕНТІВ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

О.В. Івашук (к.фіз.-мат.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Латинські квадрати є одним з передових методів організації експерименту. Їх популярність пов'язана з відносною простотою та точністю.

Мета: Визначити роль латинських квадратів при плануванні експерименту та формуванні висновків.

Методи: Дослідження, теоретичного аналізу та узагальнення експериментального досвіду.

Результати: Латинським квадратом називають таблицю розміру $n \times n$ заповнену n різними елементами так, що в кожному її стовпці та рядку всі елементи зустрічаються по одному разу. Проект із застосуванням латинського квадрата використовується в тих випадках, коли два зовнішніх фактори можуть викликати серйозні зміни результатів.

Наприклад, щоб провести дослідження з урахуванням не лише позитивного результату на наявність захворювання, а й негативного, для розгляду всіх можливих результатів зручно будувати латинські квадрати.

Вони дозволяють одночасно врахувати ряд важливих факторів. Зокрема те, що вірогідність захворювання необхідно оцінювати до призначення діагностичних тестів, а інтенсивність діагностичних заходів повинна відповідати кожній конкретній клінічній ситуації. Крім того, термін «апріорна» ймовірність захворювання в клінічній епідеміології є синонімом його поширеності. Однак перехресні дослідження не відображають реального поширення захворювання, і джерелами такої інформації є статистичні звіти і світова медична література. Направлення пацієнтів на діагностичне дослідження фактично є способом підвищення апріорної ймовірності захворювання. Стабільними характеристиками діагностичного тесту є його первинні параметри – чутливість і специфічність, адже вони залежать від поширення захворювання у вибірці пацієнтів, яку досліджують. Показник чутливості відображає ймовірність позитивного результату діагностичного тесту при наявності захворювання. Чутливий діагностичний тест рідко «пропускає» пацієнтів, які є хворими. Так, підвищення температури тіла і вміст С-реактивного білка в крові є високочутливими тестами великого кола запальних захворювань незалежно від їх природи – інфекційної, аутоімунної, онкологічної тощо. Високочутливі тести є особливо корисними при наявності ризику пропустити загрозливі, але виліковні захворювання, а також на ранніх стадіях діагностичного пошуку для звуження його рамок (такі тести дозволяють виключити інші численні захворювання, які є малоімовірними). Специфічний тест дозволяє не віднести здорових людей до критерію хворих.

Заповнити всі поля латинського квадрата для оцінки параметрів діагностичного тесту буває важко з етичних і практичних причин. У медичній літературі недостатньо інформації про негативні результати діагностичних тестів (справжні й несправжні), оскільки при нормальних результатах попередніх тестів важко наполягати на подальших обстеженнях, як правило дорогих і часто пов'язаних з ризиком для здоров'я пацієнта.

Висновки: Застосування латинських квадратів під час досліджень і тестувань є однією з важливих вимог для точного і якісного результату та прийняття рішень щодо лікування пацієнтів. Визначення всіх обставин та застосування не лише статистичних даних необхідно для кожного конкретного випадку проведення експерименту.

М.В. Косолапова

ПЭТ-КТ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра медицинской и биологической физики и медицинской информатики

А.А. Човпан (к. физ.-мат. н., доц.)

Л.В. Батюк (к. б. н, доц.)

Харьковский национальный медицинский университет

Харьков, Украина

Актуальность. В наше время особое место в диагностической медицине занимают исследования онкологических болезней, так как при поражении раком определенного органа, здоровье человека не просто подвергается серьезной опасности, от успешной ранней диагностики зависит жизнь пациента. Именно поэтому всё больше внимания уделяется обнаружению опухолей на ранней стадии развития, когда их размеры настолько малы, что привычные методы исследования могут их не заметить.

Цель: определение принципов работы ПЭТ-КТ устройств.

Результаты: Позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ), она же двухфотонная томография – лучевой метод диагностики, в основе которого лежит явление накопления живыми тканями радиоактивных изотопов при их введении в организм в виде радиологических препаратов. Позитронные -лучи, исходящие от введенного радиоизотопа, воздействуют на живые клетки, тем самым вызывая эмиссию электронов. Позитроны, взаимодействуя с освободившимися электронами, образуют пару, которая продуцирует -кванты в виде 2х фотонов. Это излучение регистрируется высокочувствительным компьютерным томографическим сканером. Отсюда и название метода – позитронно-эмиссионная томография. Конструктивно ПЭТ-КТ сканер представляет собой позитронно эмиссионный и компьютерный томографы, размещенные в одном гентри (обычно КТ блок расположен перед ПЭТ блоком). Современные ПЭТ/КТ сканеры имеют апертуру гентри 70 см и ширину 100 см. Оба сканера могут использоваться как вместе, так и независимо друг от друга. КТ сканер может быть многосрезовым с пошаговым или спиральным режимами сбора данных и различными скоростями вращения трубки; ПЭТ сканер может работать в двух или трехмерном режимах. Первым этапом сбора данных-это получения базового изображения, служащего для задания границ области ПЭТ-КТ исследования. КТ изображения получают при напряжении 100-140 кВ и различных силах тока (в зависимости от цели исследования). Затем пациент автоматически перемещается в ПЭТ сканер и позиционируется в то же анатомическое положение. Одномоментное получение функциональной и анатомической информации позволяет повысить качество исследования за счёт улучшения качества изображения и повышения точности определения пространственной локализации новообразований до 98%.

По данным Европейской ассоциации ядерной медицины, для обеспечения ранней диагностики рака необходима 1 ПЭТ-КТ установка на 1.5-2 миллиона населения. Для аналогии: в Германии – 80 ПЭТ-КТ на 82 млн. человек; в Израиле – 6 ПЭТ на 8 миллионов; во Франции – 45 аппаратов ПЭТ на 65 миллионов. Таким

образом, для оказания помощи онкологическим больным на европейском уровне в Украине должны действовать примерно 20 установок для проведения исследования ПЭТ-КТ. Показания: раннее обнаружение опухоли у пациентов группы риска для выявления метастазов в лимфатических узлах и органах, костях; для контроля проведенного лечения; для определения возможного рецидива опухоли; перед проведением биопсии для выделения наиболее «агрессивной» зоны опухоли, где взятие материала будет более информативным;

Метод также важен для дифференциальной диагностики, к примеру, чтобы отличить раковую опухоль от воспалительного процесса, и он широко применяется не только в онкологической практике, но и в других отраслях медицины.

Вывод. Преимуществом ПЭТ-КТ перед другими методами исследования являются: Безболезненность, точность, раннее обнаружение опухолей, анатомические, морфологические и функциональные сведения об опухоли, а также точность в определении степени и прогнозировании развития конкретной опухоли на ближайшие годы вкупе с возможностью отменить биопсию пораженного органа в случае, когда она может быть небезопасной.

Ю.О.Кутельмах, А.О.Домашенко, М.І.Міклеїн
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ II
Кафедра біологічної та загальної хімії
В.М.Істошин(доц.,к.б.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) є однією з найбільш важливих і все більш поширених хвороб цивілізації. Згідно зі звітом МОЗ України зареєстровано 1 500 000 чоловік хворих на ЦД типу II. Для поглибленого вивчення перебігу цієї хвороби, порушення обміну речовин, розробки способів компенсації порушень, використовують різні експериментальні моделі, такі як алоксанова (при алоксановому діабеті знижено вміст інсуліну в крові, відзначається жирове виснаження і знижується синтез білка, що відповідає ЦД I типу), стрептозотоцинова (внаслідок введення малих доз стрептозоточину вдається викликати ЦД, подібний до інсулінозалежного діабету людини). Дексаметазонова модель ЦД є кращою і зручнішою в порівнянні із алоксановою та стрептозотоциновою моделями. Алоксанова та стрептозотоцинова моделі здійснюють руйнівний вплив на клітини підшлункової залози, розвивають значну гіперглікемію, внаслідок якої велика кількість піддослідних тварин гине ще до закінчення експерименту.

Діабет II типу складає близько 90% випадків захворювання, відбувається ураження багатьох органів. Однією із скарг пацієнтів, які нанесли візит до лікарів є постійна сухість у роті, яка може бути одним з перших симптомів захворювання.

Мета: Метою дослідження було створити модель ЦД типу II у щурів, дослідити зміни, що виникають в організмі тварин.

Матеріали та методи: Дослід проведено на 20 щурах вагою 260-280 г. Тварини були розділені на 2 групи: 1 група - інтактні щури; 2 група - щури зі змодельованим ЦД типу II, яким протягом 14-ти днів підшкірно вводили розчин дексаметазону (4мг/кг). На 7-й і 10-й день дослідження з метою контролю моделювання ЦД за допомогою камери Когана було взято кров з хвостової вени щурів, рівень глюкози визначали за допомогою глюкометра фірми «Вауер». На 14 день щурів виводили з досліду під ефірним наркозом, збирали кров, внутрішні органи брали для гістологічного дослідження.

Результати: У щурів дослідної групи спостерігалася гіперглікемія (7,2-7,5 ммоль/л), що може свідчити про розвиток ЦД. Дослідження ліпідів крові показало, що у тварин з експериментальним ЦД загальний холестерол збільшувався у 1,5 рази у порівнянні з тваринами з інтактною групою. Рівень тригліцеридів при моделюванні ЦД зростав у 4 рази. Загальні ліпіди зростали при експериментальному діабеті на 57%. Введення дексаметазону протягом 14 днів викликає ЦД II типу, що підтверджується підвищенням рівня глюкози в крові та дисліпідемією. Змодельована патологія має системний вплив на організм, дегенеративні зміни у внутрішніх органах.

Висновки: Проведений аналіз літературних джерел засвідчує переваги в моделюванні хвороби з введенням дексаметазону. Нами відтворено дексаметазонову модель ЦД II типу, що підтверджувалось розвитком гіперглікемії у тварин. Моделювання ЦД типу II у щурів викликає дегенеративні зміни в органах і системах.

А. О. Леус
**МОНІТОРИНГ ЯКОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ ЧЕРЕЗ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ PH ТА
ЕЛЕКТРОПРОВІДНОСТІ**
Кафедра біологічної та загальної хімії
Т.М. Зелінська (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Вода – найцінніша й найнеобхідніша речовина на Землі. Вживання якісної питної води-важливий аспект збереження здоров'я людини. Дані дослідження інформують про вміст іонів у воді та дозволяють оперативно встановити її якість.

Мета роботи. Порівняти показники рН та електропровідності питної води з різних джерел (перевірити досліджувані показники після відстоювання, кип'ятіння, занурення срібної ложки) та встановити джерела постачання найбільш якісної питної води.

Матеріали та методи. Для аналізу брали зразки питної води з різних джерел постачання, яку використовують мешканці міста. Для визначення рН використовували прилад рН-121, для електропровідності Ел-15.

Результати дослідження. Нами встановлено, що за показниками рН, питна вода майже з усіх досліджуваних джерел відповідає нормам (6.5-8.5). Найвищий показник електропровідності відмічається у криничної води, вона має високий вміст неорганічних речовин і потребує перевірки в міській СЕС. Найнижча електропровідність зафіксована у бутильованої води, що свідчить про низький вміст розчинених в ній неорганічних речовин, тому доцільно вживати її почергово з водою з інших джерел, де показник провідності вищий. Після відстоювання показник рН досліджуваної води знижується, що обумовлено насиченням вуглекислим газом та розмноженням бактерій, що створюють кисле середовище. Після кип'ятіння відмічається підвищення показника рН та електропровідності у всіх пробах, що обумовлено, на нашу думку, розкладом гідрогенкарбонатів при підвищенні температури води. Занурення срібної ложки незначно підвищує рівень рН та провідності, що може свідчити про бактерицидні властивості срібла.

Висновки. За допомогою показників рН можна розрахувати концентрацію іонів, в першу чергу гідрогенкарбонат-іонів. Показники електропровідності сигналізують про вміст неорганічних речовин у воді та вказують на її жорсткість та можуть значно звузити межі пошуку відхилень якості. При розробці Національного стандарту якості питної води доцільно ввести нормативи для електропровідності.

Л.І. Лиса

ВПЛИВ ФРЕТИНГУ НА ВЛАСТИВОСТІ СПИРТУ ТА СПИРТОВИХ РОЗЧИНІВ

Кафедра біохімії

О.Я. Сливка (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: в процесі виготовлення і очищення етилового спирту досить тісно контактує з різного роду поверхнями, в тому числі й металевими, які впливають на його органолептичні та фізико-хімічні показники. Тому існує необхідність вивчення впливу фретингу на спиртові рідини.

Мета: дослідити склад спиртовмісних рідин до і після фретингу, обґрунтувати механізм впливу поверхні металу на властивості спирту та спиртових розчинів, що дає змогу боротися з різного роду поверхневою та об'ємною втомою, корозією металевих поверхонь, сприятиме покращенню якості одержання спиртів, спиртових напоїв, спиртових ліків для життя та здоров'я людини

Матеріали та методи: визначення та оцінка мікрокомпонентного складу проводилася методом газової хроматографії «Кристал-2000М», колонка «НР FFAP 50m*0.32mm*0.52µm», режим: детектор–ПІД (полуменево-іонізуючий), час аналізу 18 хвилин, температура детектора -200°C, температура випаровувача 180°C, температура колонки -50°C -10хв, яка з часом підвищувалась до 130 °C зі швидкістю 15 °C/хв, газ-носії – нітроген. Відбирався 1мкл рідини та вводився в колонку для дослідження. Калібрування проводилось за допомогою градуювальних водно-етанольних розчинів. Досліджувався кількісний склад і співвідношення наступних компонентів: ацетальдегід, етилацетат, етилбутират, метанол, ізоаміловий спирт. Порівнювались результати до і після фретингу.

Результати: змодельовано механізм енергетичної моделі стійкості та руйнування кристалічної ґрадки поверхні контакту та мікрокомпонентного складу спиртової суміші при виникненні квазінестійкого нестабільного стану системи. Внаслідок фретингу розвинуто механізм перебігу трибохімічних реакцій на молекулярному рівні, які призводять до змін в кристалічній структурі поверхні та реології трибосистеми в цілому. Встановлено, що в процесі фретингу в спиртових розчинах збільшується кількість ізоамілового спирту, зменшується концентрація ацетальдегіду, етилацетату, етилбутирату, метанолу.

Висновки: внаслідок фретинг-процесів проходять трибохімічні реакції, які ініціюють трибоемісію (виривання) електронів з металу. Трибохімічні реакції проходять в трибосистемі, тобто як і в самому металі так і в спиртовому розчині. Емісія електронів з металу ініціює утворення вільних радикалів в розчині спирту, які в подальшому утворюють більш складні органічні сполуки. Таким чином, фретинг металевих поверхонь в середовищі спирту, внаслідок трибохімічних реакцій веде до змін мікрокомпонентного складу спирту. Чим більше руйнування поверхні металу, тим нижча якість спирту. Проведене дослідження вказує на необхідність вивчення особливостей умов перебігу фретинг-процесів при одержанні спиртових розчинів. Саме тому лише використання нового технологічного обладнання, високоякісних сталей дозволить отримувати спирт потрібного гатунку.

І.А. Лозова, А.О. Гришина

ОБМІН ПУРИНОВИХ ТА ПІРИМІДИНОВИХ НУКЛЕОТИДІВ: МЕДИКО-БІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Кафедра біологічної та загальної хімії.

К. М. Тубулкан (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність роботи: Структурними компонентами ДНК і РНК є нуклеотиди пуринового та піримідинового ряду. Біосинтез нуклеотидів є життєво важливим процесом, оскільки забезпечує утворення нуклеїнових кислот, нуклеотидних коферментів, макроергів (АТФ та ін.), необхідних для реалізації всієї сукупності генетичної інформації в клітині. Тому, зменшення кількості аудиторної роботи та збільшення кількості годин для самостійного навчання спонукало нас до створення таблиці для скороченого показу, візуалізації та кращого засвоєння матеріалу.

Мега роботи: створити структуризовану таблицю обміну пуринових і піримідинових нуклеотидів та патологій, які пов'язані з їх катаболізмом.

Матеріали та методи: була опрацьована навчальна література, а також електронні версії наукових статей в пошукових системах Google, PubMed та Med of Science по синтезу і катаболізму пуринових та піримідинових нуклеотидів, а також патологій, пов'язаних з порушенням їх обміну. Метод роботи - опрацювання навчальної біохімічної літератури.

Результати: отримані матеріали опрацьовані, систематизовані і викладені у вигляді навчальної таблиці. Посилення катаболізму пуринових нуклеотидів призводить до накопичення сечової кислоти в крові (гіперурикемії), відкладання її солей уратів в суглобах і нирках та розвитку подагри і сечокам'яної хвороби. При спадковому дефіциті ферменту обміну пуринів гіпоксантин-гуанінфосфорибозилтрансферази (синдром Леша-Ніхана) виникає важка гіперурикемія, вторинна подагра та психоневрологічні розлади (самоагресія, паралічі) Спадкові ензимопатії синтезу піримідинових нуклеотидів проявляються накопиченням оротової кислоти в крові та сечі (оротатацидуриї). На таблиці представлені основні етапи синтезу та катаболізму пуринових та піримідинових нуклеотидів, а також хвороби, які виникають внаслідок порушень їх обміну, що дасть змогу використовувати отримані дані в навчальному процесі для поглиблення знання матеріалу з даної теми.

Висновок: розробили систематизовану навчальну таблицю, яка дає змогу підвищити наочність та інформативність навчального матеріалу з даної теми, а також може бути використана для клінічних фармацевтів та клінічних ординаторів.

П. К. Мальований

ОНЛАЙН-ПОМІЧНИК МОЛОДОГО ЛІКАРЯ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

Б.Ф. Коваль (ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сьогодні у світі існує безліч сайтів, які мають просвітний медичний характер, де розміщуються останні новини в медицині, дослідженні та патенти, онлайн-калькулятори тощо. Ці сайти допомагають вираховувати дози введення препаратів, мають шкали, які допомагають оцінити стан пацієнта та інше. Українські сайти не мають широкого розповсюдження серед вітчизняних фахівців через брак структурності та комбінації необхідних для вузького спеціаліста матеріалів.

Мега: Створити ресурс для українських спеціалістів, який буде спрямований на покращення якості лікарської допомоги, підвищення досвіду та розвитку передових технологій в Україні.

Матеріали та методи: Ми провели аналіз іноземних сайтів, які є першими у своїх напрямках: PubMed та Cochrane є сервісом для зберігання інформації, які стосуються досліджень; The lancet та Science – є одним із основним ресурсів серед сайтів, на яких публікуються новини.

Результати: Нами розроблений проект, у якому взято за мету створення реєстрації для фахівця вузької спеціалізації, студента чи пацієнта, що, в залежності від вибраного напрямку, дозволить отримувати необхідну інформацію (новини, статті, час та місце проведення конференцій, навчальні матеріали) та методи діагностики (калькулятори, шкали та інші інструменти діагностики захворювань) через особистий кабінет або програму для смартфона, яка буде зв'язана з особистим кабінетом.

Висновки: Даний сайт та програмне забезпечення для смартфона покращить та пришвидшить роботу лікарів за рахунок збору всієї необхідної інформації по вказаному профілю та полегшить час діагностики захворювань для молодих фахівців.

А.В. Мельник
**СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ВПЛИВУ МОДУЛЯТОРІВ ОБМІНУ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ НА
БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ МІОКАРДА ЩУРІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії
Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гідроген сульфід (H₂S) відіграє важливу роль в регуляції скоротливості міокарду, виконує функції антиоксиданта та цитопротектора. Метаболізм H₂S в міокарді відрізняється у особин різної статі, що є однією із причин статевих відмінностей функціонування міокарду. Дотепер залишається невивченим питання щодо впливу модуляторів обміну H₂S на показники стану серця у самців та самок щурів.

Мета: дослідити вплив модуляторів обміну H₂S (пропаргілгліцину та натрій гідрогенсульфіду) на показники про-антиоксидантних систем, активність вільнорадикального окиснення ліпідів і протеїнів в міокарді щурів обох статей.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 60 білих нелінійних щурах обох статей. Дефіцит H₂S у щурів створювали введенням D,L-пропаргілгліцину (50 мг/кг маси тіла протягом 7 діб, в/оч), тоді як надлишок H₂S - введенням його донору NaHS (3,36 мг/кг маси тіла протягом 7 діб, в/оч). В міокарді оцінювали активність НАДФН-оксидази, супероксиддисмутази (СОД), вміст малонового діальдегіду (МДА) та карбонільних груп протеїнів (КГ).

Результати: Встановлено, що у самок щурів в міокарді активність НАДФН-оксидази є меншою на 35,5% (p<0,05), тоді як активність СОД - більшою на 25,1% (p<0,05), порівняно з самцями. Поряд з цим у самок відмічається менша активність процесів пероксидації ліпідів та протеїнів, про що доказово свідчить вірогідно нижчий рівень МДА та КГ відповідно на 29,2 та 31,9% (p<0,05), відносно самців.

Введення пропаргілгліцину супроводжується розвитком оксидативного стресу у тварин обох статей, причому у самців його виразність є достовірно вищою. За цих умов у самців та самок щурів збільшується активність НАДН-оксидази відповідно на 38,8 та 22,0% (p<0,05) та зменшується активність СОД на 29,9 та 21,7% (p<0,05), відносно контролю. Також реєструється зростання вмісту МДА відповідно на 71,1 та 52% (p<0,05) та КГ на 85,9 та 64,7% (p<0,05), порівняно з контролем. На тлі введення пропаргілгліцину поглиблюються статеві відмінності стану про-антиоксидантних систем та активності вільнорадикального окиснення ліпідів та протеїнів у міокарді.

Застосування NaHS має протилежну дію на вказані процеси в міокарді щурів. Зокрема, у самців та самок в міокарді відмічається зменшення активності НАДН-оксидази відповідно на 25,9 та 18,4% (p<0,05) та збільшення активності СОД на 19,0 та 13,1% (p<0,05), відносно контролю. Поряд з цим зменшується вміст МДА відповідно на 30,6 та 15,4% (p<0,05) та КГ на 31,3 та 17,0% (p<0,05), порівняно з контролем. За цих умов зменшується виразність статевих відмінностей досліджуваних біохімічних процесів у міокарді.

Висновки: модулятори обміну H₂S мають стать-специфічний вплив на біохімічні показники про-антиоксидантних систем та активність процесів пероксидації ліпідів і протеїнів у міокарді щурів.

Mohammed IrFanuiddin, Pamela Osiaku
CELL-FREE PROTEIN SYNTHESIS – MODERN CAPABILITIES
Department of biological and general chemistry
O.I. Shtathko (Ph.D., ass. prof.), M.M. Cher'vjak (Ph.D., ass. prof.)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: Cell-free protein synthesis (CFPS) is not a new concept. Protein synthesis in cell-free extracts helped to crack the genetic code and has been extensively used to dissect ribosomal protein biosynthesis, providing a specialized niche for the development of these methods. However, advances in cell-free protein synthesis in recent years, particularly the ability to reconstitute protein synthesis from well-defined, purified components, has transformed the approach from a specialized analytical tool to a powerful preparative method with broad applicability.

Aims: To analyze the advances in CFPS based on published data for the past 5 years.

Materials and methods: We used 20 electronic bibliographic database dedicated to CFPS. Among them, 4 reviews and 16 original articles, including the results of original researches.

Results: Since the early pioneering work of Nirenberg and Matthaei in 1961, which demonstrated in vitro protein translation using cell extracts, cell-free protein synthesis has become an important tool for molecular biologists. Systems based on reconstituted highly purified components (PURE expression systems) have significantly extended the range of applications. The first complete in vitro reconstitution of protein translation from E. coli was accomplished in 2001 and was commercialized as the PURESYSTM by the Post Genome Institute (PGI) (Tokyo, Japan). Except for the ribosomes and tRNAs, the PURE system reconstitutes the E. coli translation machinery with fully recombinant proteins. The PURE system includes: 1) His-Tagged Translation Factors; 2) Initiation Factors (IF1, IF2, IF3); 3) Elongation Factors (EF-Tu, EF-Ts, EF-G); 4) Release Factors (RF1, RF2, RF3); 5) Ribosome Recycling Factor; 6) 20

Aminoacyl tRNA synthetases; 7) Methionyl tRNA formyltransferase; 8) E. coli Ribosomes ; 9) E. coli tRNAs ; 10) Energy Regeneration System; 11) NTPs, Amino Acids, Salts, Buffer.

The PURE system is more robust and convenient than most extract-based systems for many in vitro applications. It can be used to express a wide range of protein targets and has the capacity for a yield of more than 100 µg/ml. The activity of the synthesized protein can often be directly assayed without purification due to the low background activity of the translation mixture. All recombinant protein factors inside the PURE system are His-tagged, in some cases allowing the synthesized protein to be “reverse-purified”. The advantages of the PURE system have been demonstrated in various in vitro applications including: 1) High throughput functional genomics and proteomics; 2) Protein engineering; 3) Study of protein expression, translation and folding; 4) Incorporation of unnatural amino acids.

Conclusions: Advances in cell-free methods, including commercialization of PURE expression technology, are creating new possibilities for their applications in biotechnology, in diverse areas including protein microarrays, biotherapeutics and biomaterials.

Д.О. Некрут

РОЛЬ ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРУ РОСТУ-1 У ФОРМУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЄЮ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є хронічним захворюванням, що об'єднує широкий спектр морфологічних змін у печінці (стеатоз, стеатогепатит, стеатоз, цироз). Основними біохімічними чинниками прогресування НАЖХП є оксидативний стрес, мітохондріальна дисфункція, гіпергомоцистеїнемія (ГГЦ), ендотоксинемія, пригнічення репараційного потенціалу гепатоцитів тощо. До ключових регуляторів, які визначають репараційний потенціал печінки, відноситься родина інсуліноподібного фактору росту-1 (IGF-1). IGF-1 залучений до регуляції багатьох фізіологічних процесів таких як тканинний ріст, диференціація та проліферація клітин, ліпідний метаболізм, проявляє протизапальний, антиоксидантний ефекти, запобігає мітохондріальній дисфункції, однак його роль у патогенезі НАЖХП, асоційованої із ГГЦ, остаточно не з'ясована.

Мета. Вивчити вміст IGF-1 в сироватці крові щурів за експериментальної НАЖХП, асоційованої із гіпергомоцистеїнемією.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на 56 щурах-самцях, розподілених на 4 групи (n=14): група 1 (контроль) та група 2 (ГГЦ) отримували стандартну дієту, що постачала 21% ккал за рахунок жирів та 62% ккал за рахунок вуглеводів, група 3 (ВЖД) та група 4 (ВЖД+ГГЦ) отримували високожирову дієту, що постачала 54% ккал за рахунок жирів та 29% ккал за рахунок вуглеводів (частка протеїнів забезпечувала 17% ккал в обох дієтах). Щурам груп 2 та 4 щоденно вводили тіолактон гомоцистеїну (100 мг/кг в/шл на 1% крохмальному гелі), щурі груп порівняння отримували еквівалентну кількість розчинника. Тривалість дослідження становила 60 діб. Вміст гомоцистеїну та IGF-1 в сироватці крові визначали імуноферментним методом ELISA за наборами «Homocysteine EIA» (Axis-Shield, Англія); «m/r IGF-1-ELISA (IGFBP-blocked)» (Mediagnost, Німеччина).

Результати. Введення тіолактону гомоцистеїну у поєднанні з ВЖД забезпечувало розвиток виразної ГГЦ: вміст гомоцистеїну у щурів групи 1 становив $5,37 \pm 0,17$ мкмоль/л, в групі 2 був достовірно вищим склав $10,01 \pm 0,32$ мкмоль/л. Вміст гомоцистеїну у щурів групи 3 становив $7,42 \pm 0,34$ мкмоль/л, а у щурів групи 4 рівень гомоцистеїну в сироватці крові склав $11,5 \pm 0,29$ мкмоль/л. Також було виявлено, що за умов застосування тіолактону гомоцистеїну та ВЖД суттєво знижується сироватковий вміст IGF-1. Так, у щурів групи контролю рівень IGF-1 в сироватці крові в середньому становив $303,4 \pm 7,91$ нг/мл, в той час як у щурів групи 2 (ГГЦ) був достовірно нижчим (на 31,4%, $p < 0,05$) і склав $208,2 \pm 11,5$ нг/мл. У щурів груп 3 спостерігалось помірне зниження рівня IGF-1 в сироватці крові (на 15,4%, $p < 0,05$) порівняно з контрольною групою. В той же час, у щурів групи 4 (ВЖД+ГГЦ) сироватковий рівень IGF-1 виявився достовірно нижчим за такий у щурів груп 1, 2 та 3 на 42,8; 16,6 та 32,2%, відповідно.

Висновки. Отже експериментальна НАЖХП, асоційована із ГГЦ, характеризується значним зниженням рівня IGF-1 в сироватці крові, що може свідчити про зменшення репараційного потенціалу гепатоцитів та потенціювати стеато- та фіброгенез.

В.М. Нечипорук
ВПЛИВ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ НА ПРОЦЕСИ ДЕСУЛЬФУРУВАННЯ В СЕРЦІ

Кафедра біологічної та загальної хімії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна
М.М. Корда (д.мед.н., проф.)
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
м. Тернопіль, Україна

Актуальність: Обмін сірковмісних амінокислот (гомоцистеїну, цистеїну, метіоніну, цистіну, таурину) все більше притягує увагу спеціалістів. Особливо важливе значення має порушення метаболізму гомоцистеїну (ГЦ). Підвищення в крові концентрації ГЦ є серйозним фактором ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи (атеросклероз, гіпертонія, венозні тромбози). При десульфуразному шляху обміну цистеїну утворюється важлива регуляторна газова молекула гідроген сульфід (H₂S). На сьогодні відомо, що H₂S відіграє важливу роль в агрегації тромбоцитів та регуляції судинного тону, скоротливості міокарду. Регуляція метаболізму сірковмісних амінокислот здійснюється на різних рівнях, в тому числі і ендокринною системою. Одними з ключових гормонів, що регулюють всі види метаболізму в організмі, є тиреоїдні гормони.

Мета: дослідити в експерименті вплив гормонів щитоподібної залози на процес десульфурування цистеїну в серці щурів.

Матеріали та методи: В роботі використано 40 щурів-самців масою 150-180 г. Для моделювання гіпер- і гіпотиреоїдизму щурам щоденно ентерально вводили розчин L-тироксину (200 мкг/добу на 1 кг маси) або мерказолілу (10 мг/добу на 1 кг маси) протягом 14-и та 21-го дня. В серці тварин визначали десульфуразну активність ферментів цистатіонін-γ-ліази (ЦГЛ) і цистеїнамінотрансферази (ЦАТ), в крові – вміст H₂S, ГЦ і цистеїну.

Результати: Введення тваринам L-тироксину призвело до зростання активності ЦГЛ в серці щурів в обидва терміни дослідження (на 30 та 40 %) і не викликало достовірних змін активності ЦАТ. Водночас при введенні мерказолілу активність ЦГЛ в тканині серця зазнавала пригнічення (на 30 та 38%), при цьому активність ЦАТ в обидва терміни дослідження залишилась без змін. Введення щурам L-тироксину не призводило до змін рівня H₂S в сироватці крові, водночас мерказоліл викликав зниження рівня H₂S (на 17 і 24%). Після введення L-тироксину рівень ГЦ в сироватці знижувався (на 19 та 23%), а застосування мерказолілу підвищувало вміст ГЦ в обидва терміни (на 98 та 160%). Отже, за умов гіпотиреоїду десульфуразний шлях обміну цистеїну сповільнювався, що, очевидно, і призвело до його суттєвого зростання в сироватці крові (на 24 та 39%).

Висновки: При гіпотиреоїдизмі порушується функціонування ферментів ЦГЛ та ЦАТ в серці експериментальних тварин. Очевидно, що це може бути причиною зростання концентрації ГЦ та цистеїну в крові, що, в результаті, може бути фактором ризику виникнення ряду ускладнень з боку серцево-судинної системи у пацієнтів з порушеною функцією щитоподібної залози.

Ю.В. Ниркова, Н.В. Сизоненко

«ВИКОРИСТАННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК ОДНОГО З АКТИВНИХ ФОРМ І МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ХІМІЇ»

Медичний коледж
Ю.В. Ниркова (вкл.)
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
м. Полтава, Україна

Актуальність: Впровадження мультимедійних технологій – важливий метод при викладанні хімії для розвитку пізнавальної діяльності студента

Мета: Метою дослідження було використання мультимедійних технологій для покращення розвитку пізнавальної діяльності студентів.

Використання комп'ютера і мультимедійних технологій дають високі результати при поясненні нового матеріалу, моделюванні різних ситуацій, при зборі потрібної інформації, різноманітних презентаціях і т. д. Комп'ютерна технологія дає можливість оперувати таким обсягом інформації, яким не володіють викладачі, що спираються на традиційні методи навчання. У мультимедійних навчальних програмах використовуються анімації і звуковий супровід, які навчають, підсилюють сприйняття, полегшують засвоєння матеріалу. Комп'ютерні технології дають можливість:

Знайти додаткові джерела інформації для студентів; Більш широко використовувати аудіовізуальні засоби для покращення наочності матеріалу, для кращого розуміння його студентами; Моделювати процеси, які в звичайних умовах неможливо відтворити; Демонструвати хімічні експерименти з небезпечними, токсичними, вибуховими реактивами; Проводити швидке та ефективне тестування студентів; Здійснювати індивідуальну траєкторію навчання студентів, можливість їх росту і розвитку; Організувати самостійну роботу студентів з

інформацією, надавати можливість для здійснення самопідготовки до занять контролю, підготовку власних досліджень і т. д.; Розміщувати методичні роботи викладача і творчі роботи студентів на різних сайтах.

Висновки: Комп'ютерні технології сприяють розвитку пізнавальних інтересів студентів.

Ю.В. Олешко, Т.В. Лисюк.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ В РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к. мед. н., ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні досягнуто значного прогресу в розумінні етіології та патогенезу злоякісних пухлин. Дослідниками доведено, що в основі виникнення багатьох з них існують складні механізми взаємодії генетичних факторів. Рак молочної залози у жінок є серйозною проблемою системи охорони здоров'я, оскільки це захворювання є дуже поширеним і складає 30 % усіх випадків раку серед жінок, а в структурі онкологічної захворюваності жіночого населення України займає 1-ше місце, становлячи 19,6%. Упродовж останнього десятиліття в Україні щороку захворює понад 15 000 жінок. Ризик виникнення раку молочної залози протягом життя становить у жінок до 10%. З розвитком молекулярно - генетичних технологій відкрилися широкі перспективи для вивчення генетичного компонента в розвитку онкологічних процесів, накопичено багато даних про вплив різних поліморфних генів на ризик виникнення злоякісних пухлин. Відомо, що важливим фактором ризику розвитку раку молочної залози є спадковий фактор. В результаті багаторічних зусиль вчених були ідентифіковані і клоновані гени, які зумовлюють розвиток спадкового раку молочної залози, -BRCA1 та BRCA2.

Мета: Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по вивченню ролі генетичних факторів в розвитку раку молочної залози за 2013- 2017 роки.

Результати: Ген BRCA1 розташований на довгому плечі 17-ї хромосоми (локус 17q21), належить до класу пухлинних супресорів. Це означає, що білок, який кодується даним геном, пригнічує швидкий неконтрольований поділ та проліферацію клітин, які як раз і лежать в основі пухлинного росту. Цей білок бере участь у відновленні ушкоджень ДНК, які відбуваються досить часто. Ген BRCA2 розташований на довгому плечі 13-й хромосоми (13q12-13), також належить до числа пухлинних супресорів. Описано понад 800 різних мутацій в даному гені, деякі з них пов'язані з підвищеним ризиком раку грудей, яєчників, простати, підшлункової залози, маткових труб, молочної залози у чоловіків, меланоми.

Висновок: Численні дослідження показують, що мутації в BRCA1 можуть призвести не тільки до високого ризику розвитку раку яєчників протягом життя, а також впливають на особливості клінічного перебігу та тактику лікування. У носіїв пошкодженого BRCA1 гена часто спостерігається ранній вік виникнення раку яєчників, відзначаються первинно-множинні пухлини з залученням як яєчників, так і молочної залози.

Р.С. Остренюк, В.В. Блаженко

ВПЛИВ ВИСОКОЖИРОВОЇ ДІЄТИ НА ВМІСТ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В МІОКАРДІ ТА НИРКАХ ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ожиріння вважається сучасною проблемою сьогодення. З кожним роком зростає кількість населення з надмірною вагою у різних країнах, не залежно від рівня економічного розвитку та географічного розміщення. За даними ВООЗ в Україні на ожиріння страждають біля 26% жінок і 16% чоловіків. Найбільш поширеним є аліментарне ожиріння, що зумовлене незбалансованим харчуванням та порушенням вуглеводного і ліпідного обміну. При ожирінні суттєво зростає ризик хвороб серцево-судинної системи, нирок та інших органів. Важливу роль в регуляції функцій стану серцево-судинної системи та нирок відіграє біологічно-активна молекула – гідроген сульфід, роль якого в патогенезі ожиріння не з'ясована.

Мета роботи: вивчити вплив довготривалої високожирової дієти на вміст гідроген сульфід у міокарді та нирках щурів.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 20 білих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 210-270 г. Контрольна група щурів (n=10) отримувала упродовж 60 діб стандартну дієту, що була збалансована за всім макро- та мікронутрієнтами і постачала 17 % ккал за рахунок протеїнів, 62 % ккал за рахунок вуглеводів та 21 % ккал за рахунок жирів. Дослідна група щурів (n=10) отримувала високожирову дієту, у якій була підвищена квота жирів (54 % ккал) і зменшена квота вуглеводів (29% ккал). Вміст гідроген сульфід визначали в постядерному супернатанті гомогенатів міокарду та нирок за реакцією з N,N-диметил-пара-фенілендіаміном в присутності FeCl₃ як описано [Wilinski, 2011]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм «MS Excel» та SPSS22 (©SPSS Inc.).

Результати: Встановлено, що 60-добове застосування високожирової дієти викликало суттєве зростання індексу маси тіла (на 50,2%) та підвищення маси вісцерального жиру (на 37,8%, $p < 0,05$) у щурів. Розвиток ожиріння у щурів асоціювався зі зниженням вмісту гідроген сульфід у міокарді та нирках. Так, у щурів контрольної груп вміст гідроген сульфід у міокарді становив 2,76 (95% ДІ 2,11 - 3,36) нмоль / мг протеїну, а щурів дослідної групи був достовірно нижчим на 25,7% і становив 2,05 (95% ДІ 1,65 – 2,46) нмоль / мг протеїну (критерій Мана-Уїтні, $p < 0,05$). Вміст гідроген сульфід у нирках у щурів контрольної груп склав 3,73 (95% ДІ 2,94 – 4,35) нмоль / мг протеїну, а щурів дослідної групи – 2,74 (95% ДІ 2,19 – 3,47) нмоль / мг протеїну (критерій Мана-Уїтні, $p < 0,05$). Зниження вмісту гідроген сульфід у міокарді та нирках щурів корелювало з підвищенням індексу маси тіла та маси вісцерального жиру ($r_{xy} = -0,46-0,52$, $p < 0,05$).

Висновки: Таким чином, довготривала високожирована дієта індукує формування дефіциту гідроген сульфід у міокарді та нирках щурів, що може створювати підґрунтя для формування кардіоваскулярної та ниркової дисфункції при ожирінні.

Д.-М.В. Пазюк, Н.С. Бурда

ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ СУМИ ОРГАНІЧНИХ КИСЛОТ В СИРОВИНІ МОРКВИ ПОСІВНОЇ СОРТІВ «ЯСКРАВА» ТА «НАНТСЬКА ХАРКІВСЬКА»

Кафедра хімії природних сполук

І.О. Журавель (д.фарм.н., проф.)

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Морква посівна – харчова культура, яка широко культивується в багатьох країнах світу. Існує багато сортів цієї рослини, але найбільш поширеними серед сортів, що культивуються в Україні, є «Яскрава» та «Нантська харківська».

Відомо, що органічні кислоти проявляють антимікробну, протизапальну, жовчогінну активність. Тому для поглибленого фітохімічного аналізу моркви посівної актуальним є проведення визначення кількісного вмісту суми органічних кислот в сировині цієї рослини.

Мета: Метою роботи було проведення визначення кількісного вмісту суми органічних кислот у траві та коренеплодах моркви посівної 1 року сортів «Яскрава» та «Нантська харківська».

Матеріали та методи: 5 г (точна наважка) подрібненої сировини вміщували у колбу місткістю 250 мл, заливали 200 мл води і витримували протягом 2 год на киплячій водяній бані, охолоджували, кількісно переносили у мірну колбу місткістю 250 мл, доводили об'єм водою до позначки і перемішували (розчин А).

10 мл розчину А вміщували у колбу місткістю 500 мл, додавали 250 мл свіжопротип'яченої води, 2 краплі 1% спиртового розчину фенолфталеїну, 1 краплю 0,1% розчину метиленового синього і титрували розчином натрію гідроксиду (0,1 моль/л) до появи в піні лілово-фіолетового забарвлення.

Вміст вільних органічних кислот (X, %) в перерахунку на кислоту яблучну в абсолютно сухій сировині обчислювали за формулою:

$$X = \frac{V \cdot 0,0067 \cdot 250 \cdot 100 \cdot 100}{m \cdot 10 \cdot (100 - W)},$$

де 0,0067 – кількість кислоти яблучної, яка відповідає 1 мл розчину натрію гідроксиду (0,1 моль/л), г;

V – об'єм розчину натрію гідроксиду, який пішов на титрування, мл;

m – маса сировини, г;

W – втрата в масі при висушуванні сировини, % .

Результати: За результатами проведеного дослідження встановлено, що трава моркви посівної сорту «Яскрава» містить $5,48 \pm 0,23\%$ органічних кислот, коренеплоди цього сорту – $5,35 \pm 0,20\%$, трава сорту «Нантська харківська» – $5,41 \pm 0,22\%$, коренеплоди даного сорту – $4,95 \pm 0,18\%$. Як видно з приведених даних, кількісний вміст суми органічних кислот у всіх досліджуваних об'єктах був приблизно на однаковому рівні.

Висновки: Отримані дані можуть бути використані при розробці відповідних розділів методів контролю якості.

І. В. Паламарчук

ВПЛИВ ЕКЗОГЕННОГО ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ НА ЕКСПРЕСІЮ ТА АКТИВНІСТЬ ЦИСТАТІОНІН-ГАМА-ЛІАЗИ В МІОКАРДІ ЩУРІВ ЗА СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО ДІАБЕТУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За останнє десятиріччя накопичились дані щодо ролі біологічно-активного метаболіту сірковмісних амінокислот – гідроген сульфід (H_2S) в розвитку багатьох патологічних процесів, в тому числі і цукрового діабету (ЦД). Ключовим продуцентом H_2S в серцево-судинній системі вважається піридоксаль-5-фосфат залежний ензим цистатіонін- γ -ліаза, але питання щодо регуляції експресії та активності цього ензиму в

міокарді за ЦД залишається дискутабельним.

Мега роботи: вивчити вплив екзогенного H₂S на експресію та десульфуразну активність цистатіонін-γ-ліази в міокарді шурів за експериментального ЦД.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 24 білих лабораторних щурах-самцях масою 180-250 г. ЦД моделювали шляхом одноразового введення стрептозотоцину в/оч в дозі 40 мг/кг маси на 0,1 М цитратному буфері (рН 4,5). Одній групі шурів з ЦД з 3 по 28 добу після введення стрептозотоцину вводили екзогенний донор H₂S - NaHS·H₂O в дозі 3 мг/кг 1 раз на добу в/оч. Щурам контрольної групи вводили еквівалентні об'єми розчинників. Для досліджень брали шурів з рівнем глікемії > 15 ммоль/л. Активність цистатіонін-γ-ліази (КФ 4.4.1.1) в реакції десульфурування цистеїну визначали за приростом сульфід-аніону [Патент України №75683]. Визначення експресії гена CSE проводили методом ПЛР в реальному часі в присутності барвника SYBR Green I, з використанням детектувального ампліфікатора ДТ-Лайт («ДНК-Технологія», РФ). Статистичну обробку результатів проводили у пакеті прикладних програм «MS Excel» та SPSS22(©SPSS Inc.).

Результати: Встановлено, що у шурів контрольної групи десульфуразна активність цистатіонін-γ-ліази по L-цистеїну в міокарді становила 0,229 (95% ДІ 0,189; 0,319) нмоль H₂S/хв•мг протеїну, а у шурів з ЦД була достовірно нижчою в 1,82 рази (p<0,05). У шурів з ЦД зниження активності цистатіонін-γ-ліази асоціювалось з достовірним зниженням рівня експресії гена CSE (в 1,34 рази, p<0,05). Введення донору екзогенного H₂S (NaHS) достовірно підвищувало рівень експресії та збільшувало десульфуразну активність цистатіонін-γ-ліази в міокарді шурів з ЦД (в 1,48-2,05 рази, p<0,05) відносно нелікованих шурів.

Висновки: Таким чином, за стрептозоточин-індукованого ЦД відбувається зниження експресії мРНК та активності цистатіонін-γ-ліази в міокарді шурів, в той час введення екзогенного H₂S запобігає розвитку вказаних порушень. Отже, за тривалої гіперглікемії в кардіоміоцитах ініціюються молекулярно-генетичні механізми інгібування продукції H₂S на рівні експресії гена CSE. Застосування донорів H₂S може бути потенційно перспективним напрямком кардіопротекції за ЦД і потребує подальших досліджень.

О.О. Пластун, Р.В. Мельник

ВПЛИВ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ НА ПРОЦЕСИ ДЕСУЛЬФУРУВАННЯ ЦИСТЕЇНУ В НИРКАХ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Нечипорук (к.б.н., ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гіпотиреоз і гіпертиреоз - два найбільш поширених ендокринних розлади, що призводять до порушення багатьох метаболічних процесів та збільшують ризик серцево-судинних захворювань. Відомо, що гіпергомоцистеїнемія також призводить до захворювань серцево-судинної системи за допомогою різних механізмів, а саме ендотеліальної дисфункції, оксидативного стресу, проліферації клітин гладенької мускулатури, агрегації тромбоцитів. Нещодавні дослідження встановили, що рівень гоцистеїну (ГЦ) безпосередньо корелює з рівнем тиреоїдних гормонів в крові. Проте, конкретні механізми впливу функції щитоподібної залози на обмін сульфурвмісних амінокислот залишаються не дослідженими.

Мета: дослідити в експерименті вплив гормонів щитоподібної залози на процеси десульфурування цистеїну в нирках шурів.

Матеріали та методи: В роботі використано 40 шурів-самців масою 150-180 г. Для моделювання гіпер- і гіпотиреозу щурам щоденно ентерально вводили розчин L-тироксину (200 мкг/добу на 1 кг маси) або мерказолілу (10 мг/добу на 1 кг маси) протягом 14-и та 21-го дня. В нирках тварин визначали десульфуразну активність ферментів цистатіонін-β-синтази (ЦБЛ) цистатіонін-γ-ліази (ЦГЛ) і цистеїнамінотрансферази (ЦАТ), в крові – вміст гідроген сульфіду (H₂S), ГЦ і цистеїну.

Результати: Нами встановлено, що активність ЦБС зазнавала достовірних змін лише на 21-й день дослідження (введення L-тироксину призводило до зростання її активності на 21%, а мерказолілу – до зниження на 18%). Введення тваринам L-тироксину призводило також до зростання активності ЦГЛ на 21-й день дослідження (на 100 %) і не викликало достовірних змін активності ЦАТ. Водночас при введенні мерказолілу активність ЦГЛ в тканині нирок зазнавала пригнічення (на 37% на 21-й день), при цьому активність ЦАТ в обидва терміни дослідження залишилась без змін. Отже, за умов гіпотиреозу десульфуразний шлях обміну цистеїну сповільнювався, що, очевидно, і призвело до його зростання в сироватці крові (на 24 та 39% відповідно на 14-й та 21-й день експерименту). Введення щурам L-тироксину не призводило до змін рівня H₂S в сироватці крові, водночас мерказоліл викликав зниження його рівня (на 17 і 24%). Після введення L-тироксину рівень ГЦ в сироватці знижувався (на 19 та 23%), а застосування мерказолілу підвищувало його вміст в обидва терміни (на 98 та 160%).

Висновки: Експериментальний гіпотиреоз призводить до порушення функціонування ферментів десульфурування сульфурвмісних амінокислот в нирках, а саме знижується активність ЦБС, ЦГЛ та ЦАТ. Очевидно, що це може бути однією із причин зростання рівня ГЦ та цистеїну в крові, що, в результаті, може бути фактором ризику виникнення ряду ускладнень з боку серцево-судинної системи у пацієнтів з порушеною

функцією щитоподібної залози.

Б.В. Плотиця, О.І. Сушицька
УНІКАЛЬНІСТЬ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ РОСЛИНИ
CHAMAENERIUM ANGUSTIFOLIUM

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.С. Шунков (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: перспективність досліджень лікарських рослин народної медицини безсумнівна для сучасної науки. Серед рослин, які ростуть на теренах України і використовуються у лікарських цілях, подібних за складом немає. За опрацьованими статтями, і науковими комплексними дослідженнями в багатьох працях Google Scholar, можна спрогнозувати вживання *Chamaenerium Angustifolium*. Завдяки унікальному кількісному складу корисних високоактивних амінокислот, мікроелементів, вмісту танінів та вітамінів А, В (В1, В2, В6, В9 і РР), С, у рослині *Chamaenerium Angustifolium* (Іван-чай), це дозволить контролювати рівень холестерину, нормалізувати кров'яний тиск і тим самим запобігти багатьом захворюванням серцево-судинної системи.

Мета: провести ретроспективний аналіз наукової літератури, оцінити можливість застосування та ефективність різних рослинних тест-систем для кількісної оцінки ефектів взаємодії фізичних і хімічних факторів, встановити якісний та кількісний вміст амінокислот і їх біологічні властивості в рослині *Chamaenerium Angustifolium*.

Матеріали та методи: використано фізико-хімічні і статистичні методи аналізу для встановлення регуляції балансу амінокислот, і обміну білків в рослині *Chamaenerium Angustifolium*.

Результати: проведений літературний аналіз засвідчив наявність, в рослині *Chamaenerium Angustifolium*, унікальну кількість ациклічних і циклічних амінокислот, які сприяють найважливішим функціям: Arg — азотистий обмін, функціонування імунної і нервової системи, Cys — прискорює процеси загоєння, захищає організм від мідного отруєння, вільних радикалів, Gly — позитивний вплив на тканини мозку і психоемоційний стан людини, His — відновлювальні процеси і утворення ферментів, допомагає в лікуванні гепатиту і виразкової хвороби, Met — зменшує рівень холестерину, а також позитивно впливає на нирки і печінку, Phe — сприяє гарному настрою і здатний впливати на головний мозок безпосередньо, стимулюючи хімічні процеси в ньому, Pro — синтез колагену, для шкіри і здоров'я серця, а також для відновлення після опіків, травм або операцій, Thr — необхідний серцю, печінці і імунній системі, а також кісткам, Trp — участь в проведенні нервових імпульсів; оцінено можливість застосування та ефективність різних рослинних тест-систем, які впливають на біосинтез і механізми ферментативної активності фізіологічних процесів, встановлено якісний та кількісний вміст амінокислот в рослині *Chamaenerium Angustifolium*.

Висновок: за результатами нашої роботи показано основні характеристики і можливі напрямки застосування *Chamaenerium Angustifolium* в медицині.

А.А. Пономаренко

БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ СТАРІННЯ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Тертишна (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Проблема старіння цікавила людей впродовж віків. Науковці, дослідники та вчені вивчають причини та механізми цього процесу. Сучасна геронтологія – наука, яка досліджує зміни в організмі в процесі дорослішання, методи запобігання старінню та подовження терміну життя.

Мета роботи. На основі літературних джерел узагальнити інформацію щодо біохімічних механізмів старіння та можливих сучасних методів вирішення проблеми.

Матеріали і методи. Аналіз наукових статей, вітчизняних та іноземних видань, ресурси інтернету (Pub. Med; Google Scholar 2012-2017 р.р.)

Результати. В організмі людини постійно відбуваються процеси, що прискорюють вірогідність його старіння та смерті. Це комплексний та всебічний процес. Вікові зміни спостерігаються у всіх органах та тканинах організму: сполучній, м'язевій, міокарді, мозку та ін. При старінні організму інтенсивність мітотичних поділів зменшується, порушується синтез спеціалізованих білків, їх організація у відповідні структури. Причиною зношування організму є накопичення в клітинах транспортних форм ліпідів, зокрема ліпопротеїнів дуже низької щільності та ліпопротеїнів низької щільності. Зростання їх кількості в крові грає провідну роль у патогенезі атеросклерозу, оскільки вони переносять нейтральні жири та холестерин. Не менш важливим чинником зношування хімічних компонентів клітини є процес перекисного окислення ліпідів під впливом активних форм кисню. Основним джерелом активних форм кисню є мітохондрії. З віком енергія від неї перестає надходити в ядро, що спричиняє розрив зв'язку між клітинним ядром і мітохондріями. Це означає, що клітина повинна піддатися апоптозу. Також важливим фактором зношування клітинних структур вважається

скорочення теломерів – захисних кінцевих ділянок ДНК. Вони, за участі ферменту теломерази, сприяють нарощуванню дочірньої нитки ДНК в процесі репарації ДНК. З віком активність теломерази зменшується, що є ймовірною причиною запрограмованої смерті клітин та старіння організму.

Висновки. Старіння не має однієї молекулярної чи біохімічної причини - це природній системний процес за участю комплексної біологічної мережі з багатьма елементами. Існує глибока взаємозалежність біохімічних процесів організму: зміна одного аспекту спричинить за собою зміни у всьому організмі.

В.В. Процька, О.А. Кисличенко
ВИЗНАЧЕННЯ ЧИСЛОВИХ ПОКАЗНИКІВ КОРЕНЕВИЩ З КОРЕНЯМИ, ЛИСТЯ ТА КВІТОК
ХОСТИ ПОДОРОЖНИКОВОЇ

Кафедра хімії природних сполук
І.О. Журавель (д.ф.н., проф.)
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Хоста подорожникова (*Hosta plantaginea* (Lam.) Ascher.) – популярний в садівництві полікарпик, який ціниться, перш за все, за декоративність листя. Побутовими назвами цієї рослини є лілія-подорожник, осіння лілія, ліліас. За літературними даними хімічний склад цієї рослини представлений агліконами і глікозидами гітогеніну, F-гітоніну, тітогеніну, кверцетину та ейкозаною кислотою. Китайські вчені ізолювали алкалоїди хостазин, лікорин, норсангвінін та ін. Виділені сполуки хости подорожникової в експерименті проявляли протизапальну, антибактеріальну, протигрибкову, протівірусну, антиацетилхолінестеразу та протипухлинну дії. В Україні хоста подорожникова є неофіційною рослиною і потребує більш детального фармакогностичного вивчення. Мета: З метою стандартизації сировини було визначено числові показники кореневищ з коренями, листя та квіток хости подорожникової.

Матеріали і методи: Визначення числових показників, зокрема втрати в масі при висушуванні, золи загальної та золи, нерозчинної в 10% хлористоводневій кислоті, проводили гравіметричним методом в різних серіях сировини в п'яти аналітичних пробах сировини масою 2 г (точна наважка). Для визначення втрати в масі при висушуванні використовували завчасно доведені до постійної маси бюкси і в подальшому висушували їх разом з пробєю сировини в сушильній шафі до постійної маси. При визначенні вмісту золи загальної сировину поміщали в попередньо доведені до постійної маси фарфорові тиглі і спалювали в муфельній шафі. Після доведення золи загальної до постійної маси, мінеральний залишок обробляли 10% кислотою хлористоводневою і фільтрували. Фільтр з осадом поміщали в той же тигель і знову спалювали. Отриманий залишок силікатів та кремнезему висушували до постійної маси. Висушування до постійної маси проводили в сушильній шафі при температурі 100-105°C. Постійна маса вважалась досягнутою, якщо різниця між двома послідовними зважуваннями після 30 хвилин висушування та подальшим охолодженням протягом 30 хвилин в ексикаторі не перевищувала 0,0005 г.

Результати: За результатами проведених експериментів встановлено, що втрата в масі при висушуванні для кореневищ з коренями хости подорожникової склала 12,99±0,07%. Для Листя та квіток досліджуваної рослини цей показник дорівнював 12,84±0,09% та 12,07±0,07% відповідно. Вміст золи загальної в кореневищах з коренями хости подорожникової відповідав 7,55±0,12%, а золи, нерозчинної в 10% хлористоводневій кислоті – 3,64±0,09%. Для листя ці показники були на рівні 9,82±0,19% для золи загальної та 1,28±0,03% для золи, нерозчинної в хлористоводневій кислоті. Значення вмісту золи загальної в квітках досліджуваної рослини становило 8,37±0,06% і 1,29±0,03% для золи, нерозчинної в хлористоводневій кислоті.

Висновки: Отримані дані можуть бути використані при розробці методик контролю якості на лікарську рослинну сировину

Я. В. Ровнер
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ІНГІБІТОРИ МАТРИЧНИХ СИНТЕЗІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії
К. М. Тубулкан (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Існує велика група речовин, що пригнічують синтез ДНК, РНК або білків. В свою чергу припинення матричних біосинтезів призводить до загибелі клітини. Саме на цьому механізмі ґрунтується використання антибіотиків та інших речовин-інгібіторів матричних синтезів в сучасній медицині. Тому багато з них знайшли широке застосування для лікування інфекційних хвороб і злоякісних пухлин. Оскільки у наш час дані захворювання є надзвичайно поширеними, вивчення механізму дії антибіотиків та протипухлинних препаратів є досить актуальним.

Мета: Дослідити механізм дії інгібіторів різної природи і походження, у тому числі антибіотиків, на синтез ДНК, РНК і білків та створити структуровану таблицю впливу цих речовин на всі етапи матричних біосинтезів.

Матеріали та методи: Опрацювання, аналіз та узагальнення сучасної навчальної та наукової інформації та

розробка інформативної навчальної таблиці.

Результати: Пригнічення матричних біосинтезів може бути досягнуто різними механізмами. В залежності від того, на який етап матричного синтезу впливає інгібітор, виділяють інгібітори реплікації, інгібітори транскрипції та інгібітори трансляції. Всі вони здатні як пригнічувати один з етапів синтезу білка, так і повністю його блокувати. Зупинка будь-якого з матричних біосинтезів небезпечна для клітин і може викликати їх загибель, тому деякі інгібітори матричних синтезів є отрутами для організму людини. Прикладом є токсини блідої поганки (α -аманітин) та збудника дифтерії. Деякі інгібітори матричних біосинтезів знайшли застосування в медицині. Так, антибіотики, що пригнічують процес транскрипції і трансляції прокариотів, можуть використовуватися як антибактеріальні препарати, а антибіотики, які порушують матричну функцію ДНК, застосовуються при лікуванні злоякісних новоутворень. Проте варто зазначити, що протипухлинні препарати токсичні для нормальних клітин організму, таких, як стовбурові. Тому в останні роки проводяться дослідження зі створення препаратів, що забезпечують доставку інгібітора тільки в пухлинні клітини. Деякі ліки і антибіотики селективно інгібують синтези ДНК (фторхінолони), РНК (рифаміцин), білка (еритроміцин, тетрациклін) тільки в бактеріальних клітинах, практично не впливаючи на матричні синтези в клітинах людського організму. Багато вірусів інгібують синтез нуклеїнових кислот і білків у еукаріотів, перемикаючи ферментні системи і енергетичні ресурси на відтворення вірусних частинок. Інгібування синтезу білків вірусами в організмі людини забезпечують інтерферони.

Висновки: Розроблена наочна таблиця полегшить вивчення студентами медичного університету механізму впливу інгібіторів матричних біосинтезів та дозволить оцінити значення їх застосування у лікуванні інфекційних захворювань і злоякісних пухлин.

К.В. Сокровищук, В.В. Тихонова

ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНУ CYP2C19 НА МЕТАБОЛІЗМ КЛОПІДОГРЕЛЮ.

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к. мед. н., ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Важливість вивчення міжіндивідуальних відмінностей метаболізму лікарських засобів, що обумовлені генетичними поліморфізмами ферментів системи біотрансформації ксенобіотиків важко переоцінити. Можливість прогнозу та корекції фармакологічного ефекту лікарських засобів, індивідуалізація терапії лікарськими засобами забезпечить майбутнє сучасної медицини. Ізофермент цитохрому P450 2C19 (CYP2C19) є важливим ферментом, який відповідає за метаболізм великої кількості ксенобіотиків, включаючи такі як клопідогрель, тамоксифен, діазепам, мефенітоїн, омепразол, деяких барбітуратів.

Мета: Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по вивченню впливу поліморфізму гену CYP2C19 на метаболізм клопідогрелю за 2013- 2017 роки.

Результати: Ген CYP2C19 (OMIM*124020) локалізований на хромосомі 10q23.33. Алейний варіант CYP2C19*2 (rs4244285), який ще в літературі позначається як CYP2C19m1, утворюється при заміні гуаніну (G) на аденін (A) в позиції 681 екзону 5 (CYP2C19*1 – G681) і створює аберантний сайт сплайсингу. Успадковується дана заміна аутосомно-домінантно і призводить до зсуву рамки зчитування мРНК, починаючи з 215 амінокислотного залишку, і передчасно створює стоп-кодон на 20 амінокислотних залишків раніше, результатом чого є укорочений, функціонально неактивний білок. На сьогоднішній день описано більше 10 алейних варіантів і CYP2C19*2, CYP2C19*3 і CYP2C19*17 є найбільш поширеними з цих варіантів. Тому препарати, які перетворюються в активну форму за участю CYP2C19, такі як клопідогрель у алейних варіантів і CYP2C19*2 потребують корекції дози.

Висновок: Ізофермент CYP2C19 приймає участь в біохімічному шляху метаболізму клопідогрелю і перетворює його в активний метаболіт, а втрата функції даного ізоферменту, відома як CYP2C19*2, пов'язана з втратою чутливості до клопідогрелю.

Т.О. Струкевич, К.В. Небилиця

ВПЛИВ КОРТИЗОЛУ НА ОБМІН РЕЧОВИН НА ТЛІ ГІПО- ТА ГІПЕРФУНКЦІЇ КОРИ НАДНИРНИКІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.О. Качула (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За останнє десятиріччя в Україні спостерігається збільшення кількості хворих з гормональними розладами. Серед них провідне місце займають ендокринні захворювання, пов'язані з порушенням синтезу гормонів кори наднирників. За даними ВООЗ захворюваність на хворобу Іценка-Кушинга (гіперфункція кори наднирників) становить 4-6 одиниць на 100000 мешканців. В Україні даний показник становить 1 чоловік,

хвороби Аддісона-Бірмера (гіпофункція кори наднирників) 4 чоловік на 100000 населення. Вивчення молекулярних механізмів метаболічних змін в організмі за умов гіпер- та гіпофункції кори наднирників є актуальним завданням клінічної біохімії.

Мета: Встановлення клініко-біохімічних маркерів гормональних порушень на фоні гіперфункції (хвороба Іценка-Кушинга) та гіпофункції (хвороба Аддісона-Бірмера) кори наднирників.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел та наукових статей Web of science, Scopus за 2012-2017 роки.

Результати: Мішенями для дії кортизолу є більшість органів і тканин, зокрема печінка, нирки, кістково-м'язова система, жирова і лімфоїдна тканини. Цей гормон являється активатором ферментів глікогеногенезу та пригнічує окислення глюкози в тканинах, тим самим збільшується її концентрація в крові і посилює біосинтез глікогену в печінці. При хворобі Іценка-Кушинга, на фоні збільшення виділення кортизолу, посилюється катаболізм білків, перетворення амінокислот в глюкозу; активується ліполіз, стимулюється еритропоез та синтез гемоглобіну через активацію експресії еритропоетину. Основними біохімічними маркерами при цій хворобі являються гіперглікемія, глюкозурія, кетонемія, діабетичний тип кривої при цукровому навантаженні.

Хвороба Аддісона-Бірмера – рідкісне хронічне захворювання, часто є наслідком туберкульозу. Біохімічні дослідження виявляють гіпоглікемію, гіпонатріємію, гіпохлоремію, гіперкаліємію, зменшення виділення калію з сечею, збільшення екскреції кальцію і натрію з сечею, зміна кольору шкіри (гіперпігментація), спостерігається гіпотензія, м'язова слабкість, дегідратація.

Висновки: Таким чином, метаболічні порушення відіграють значну роль в патогенезі ендокринних хвороб. Встановлені клініко-біохімічні предиктори надниркових хвороб на фоні гіпер- та гіпофункції кори наднирників.

К.М. Тубулкан

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ H₂S-ІНДУКОВАНОЇ ВАЗОДИЛЯТАЦІЇ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ У ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

А.В. Мельник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Регуляція судинного тонуусу відрізняється у особин чоловічої та жіночої статі, що до певної міри пов'язано з різними біологічними ефектами статевих гормонів. Так, естрогени посилюють продукцію вазодилітаторів (нітроген монооксиду, простагландинів), тоді як тестостерон збільшує синтез вазоконстрикторів (ангіотензину-II, ендотеліну-1). Останнім часом показано, що важливу роль в регуляції тонуусу судинної стінки відіграє гідроген сульфід (H₂S), який є потужним вазодилітатором. Однак, залишається невивченим статеві особливості регуляції тонуусу периферичних судин за участі H₂S.

Мета: в стендових дослідженнях *in vitro* оцінити H₂S-індуковану вазодилітацію кільцевих фрагментів ниркових артерій у щурів різної статі та різним рівнем статевих гормонів.

Матеріали та методи: дослідження проведені на 20 білих нелінійних щурах різної статі. Експериментальне модулювання вмісту статевих гормонів в організмі щурів виконували за допомогою кастрації (оваріектомія та тестектомія відповідно самкам та самцям щурів) під каліпсоловим наркозом (10 мг/кг) хірургічним методом через серединний розтин передньої черевної стінки згідно загальноприйнятих методик. Реєстрацію скорочувальної активності кільцевих фрагментів ниркових артерій проводили із застосуванням механотронного датчика та багатофункціонального аналогово-цифрового перетворювача USB-600-8/6009 («National Instruments», США), з'єданого з персональним комп'ютером. Для оцінки H₂S-стимульованого розслаблення ізольовані фрагменти ниркових артерій, передскорочених фенілефрином (10-6М), перфузували розчинами, що містили одночасно фенілефрин (10-6М) та H₂S в різних концентраціях (10-2-10-6М), протягом 15 хв. кожний з наступною реєстрацією змін ізометричного напруження.

Результати: Встановлено, що у самок щурів чутливість ниркової артерії до вазодилітуючої дії H₂S вірогідно більша, ніж у самців. H₂S в діапазоні концентрацій 0,01-10мМ викликає більш виразне розслаблення ниркових артерій (на 18-28%, $p < 0,05$) у самок, порівняно з самцями. Поряд з цим середньоефективна концентрація (EC₅₀) H₂S в досліджуваних судинах у самок на 22% менша ($p < 0,05$), ніж у самців.

Кастрація щурів має різноспрямований вплив на H₂S-індуковану вазодилітацію ниркових артерій. Гонадектомія самців супроводжується збільшенням чутливості судин до вазодилітуючої дії H₂S, доказом чого є вірогідне зменшення EC₅₀ H₂S в ниркових артеріях на 25% ($p < 0,05$), порівняно з тваринами контрольної групи. В той же час, кастрація самок викликає зменшення вазодилітації ниркових артерій за участі H₂S, про що свідчить збільшення EC₅₀ H₂S в досліджуваних судинах на 21% ($p < 0,05$), відносно контролю.

Висновки: проведені дослідження надали вагомні докази участі статевих гормонів в регуляції H₂S-індукованої вазодилітації ниркових артерій.

А.В. Циганенко, А.Ю. Колеснік, В.А. Краснодубець, А.Ю. Некрашевич

АМІНОКИСЛОТИ ЯК ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПРЕПАРАТИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.біол.н. доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Фармацевтичні препарати відносно організму людини поділяють на дві групи: біогенні і чужорідні. Біогенні засоби – це природні, властиві людському організму речовини, які беруть участь в процесах метаболізму. До них відносяться лікарські препарати на основі вуглеводів, ліпідів, нуклеотидів, гормонів, білків тощо. Такі речовини є субстратами нормального проміжного обміну. Потрапивши в організм як ліки, вони метаболізуються специфічними ферментами і забезпечують життєдіяльність організму. Важливе місце серед біогенних фармацевтичних засобів відводиться амінокислотам та їх похідним, які мають велике значення в житті людини.

Мета: Розглянути амінокислоти як фармацевтичні препарати. Обґрунтувати їх застосування в медицині. Систематизувати отримані результати і викласти їх у вигляді навчального посібника (буклету).

Матеріали та методи: аналіз наукової літератури, фармацевтичних довідників, інформації з джерел інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med 2012-2016) про використання амінокислот як фармацевтичних препаратів.

Результати: Амінокислоти в організмі використовуються на синтез білків, пуринових і піримідинових основ, порфіринів, біогенних амінів, амідів, креатину та інших біологічно активних сполук. Амінокислоти та їх похідні є нейромедіаторами, покращують обмінні процеси в головному мозку; використовуються в кардіології для лікування ішемічної хвороби серця, атеросклерозу, як гіпотензивні засоби. Їх застосовують в комплексній терапії хвороб шлунково-кишкового тракту; як ліпотропні фактори (гепатопротектори); при м'язових дистрофіях; для відновлення стану сполучної тканини; нормального функціонування імунної і сечо-статевої систем. Амінокислоти проявляють радіопротекторну дію, є антидотами при отруєнні солями важких металів, наркотичними препаратами, алкоголем, знешкоджують аміак і т.д.

Висновок: Результати проведеного аналізу систематизовані і оформлені у вигляді навчального буклету «Амінокислоти як фармацевтичні препарати», застосування якого дозволить підвищити наочність і ефективність навчального процесу у студентів, що навчаються за напрямком підготовки «Фармація» і «Медицина».

М.В.Черноконь, Я.В.Бугай

РІВЕНЬ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ НЕ ПОСІДНАУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.О. Качула (к.м.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця,Україна

Актуальність: вже понад 30 років концентрацію глікозильованого гемоглобіну(НbA1C) використовується як показник середнього рівня глюкози в крові ,в нормі вміст якого становить 4-6% від загального гемоглобіну.При цукровому діабеті (ЦД) кількість НbA1C значно збільшується ,що є специфічною ознакою даного захворювання і у 95% випадків свідчить про його існування.Однак, варто враховувати,що кількість НbA1C в крові є несталою,і на його підвищення або зниження може впливати досить велика низка факторів.На зниження величини НbA1C -різна схильність гемоглобіну до глікозилювання, гемоліз,анемії,ниркованедостатність,напідвищення-алкоголізм,свинцева інтоксикація,вживання опію,інколи навіть і вагітність. Отже ,існуючі в даний час уявлення про підвищення НbA1C як прояву тільки ЦД загалом не відповідають дійсності.

Мета:показати,що можлива наявність підвищення вмісту НbA1C у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) без супутнього ЦД.

Матеріали та методи: нами було опрацьовано 20 медичних карток хворих з ІХС кардіологічного відділення ,віком від 40 до 65 років (середній вік 52± 5,8) з яких чоловіків -15 і 8 жінок .Для оцінки стану хворих були використані біохімічний аналіз : аналіз крові на глюкозу глюкозооксидазним методом та спектрометричний іонообмінний метод для визначення рівня НbA1C.

Результати: ми виявили ,що біохімічний аналіз крові підтверджує нормальний рівень глюкози у 20 хворих(100%).Вимірювання рівня НbA1C виявило цікаву тенденцію : у 6 хворих на ІХС ,в анамнезі яких був інфаркт міокарду ,на момент госпіталізації спостерігається помірне підвищення рівня НbA1C в межах (6,8-8,2%) від загального гемоглобіну.

Висновки:таким чином ,у хворих на ІХС ,при відсутності супутнього ЦД,може спостерігатись помірне підвищення рівня НbA1C в крові на фоні ІХС,можуть слугувати метаболічні розлади ,а саме атерогенні дисліпідемії ,порушення толерантності до вуглеводів ,тощо

К. О. Юнцова, І. С. Юркіна
ФІЗИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ МРТ

Кафедра медичної та біологічної фізики і медичної інформатики

Г.О. Човпан, (к. фіз.-мат. н., доц.)

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Актуальність: магнітно-резонансна томографія - суперсучасний метод діагностики, який дозволяє отримувати зображення внутрішніх структур тіла без безпосереднього впровадження.

Процес проведення МРТ.

Скринінг анатомічного поля включає проведення ряд імпульсних послідовностей для оцінки відносного вмісту компонентів організму.

Мета: дослідження видів МРТ-пристроїв.

МРТ-пристрій належить до суперсучасних, високотехнологічним, дорогим видам медичного обладнання. Дуже важливим є правильний вибір обладнання для конкретного медичного закладу з урахуванням цілей дослідження і особливостей профілю клініки.

Слід брати до уваги: Вид МРТ. Низькопольні і середньопольні МРТ. Напруженість поля - 0,1-0,9 Тесла. Простий в обслуговуванні, невисоке енергоспоживання, відкритий доступ. Система забезпечує якісне зображення. Але цей тип не дозволяє чітко деталізувати невеликі морфологічні зміни в організмі.

Високопольні МРТ. Напруженість поля - 1 Тесла. Системи цього типу мають високу швидкість сканування, тим самим збільшуючи потік пацієнтів. Такі системи забезпечують високу роздільну здатність, що дозволяє візуалізувати докладно структуру органів і тканин. Система дозволяє проводити обстеження всього тіла, щоб оцінити взаємне розташування різних структур.

Надвисокопольні МРТ. Напруженість поля - 3 Тесла. Цей тип використовується в науково-дослідних центрах. Такі системи мають зображення найвищої якості серед усіх апаратів типу МРТ.С Тип магнітно-резонансної томографії.

Пристрої поділяються на закриті і відкриті. Відкриті тепловізори підходять для вивчення важких хворих, дітей. Закриті пристрої забезпечують високу якість зображення і краще визначають невеликі патологічні вогнища.

Матеріали і методи: T1-зважені зображення (чутливі до присутності жиру або крові); T2-зважених зображеннях (чутливих до набряку і інфільтрації).

МРТ є досить інформативним методом обстеження, тому показання для проведення МРТ визначається експертами різного профілю.

Використання нових можливостей МРТ дозволяє визначити площі більшості новоутворень для стереотаксичної біопсії, неінвазивного моделювання і планування хірургічного втручання. У хворих з гострою стадією інсульту МРТ дозволяє диференціювати геморагічні та ішемічні ураження. З технікою кіно-МРТ можна оцінити функцію клапанів.

Висновок: МРТ дозволяє досліджувати тіло людини у всіх площинах з урахуванням анатомічних особливостей пацієнта. Також це обстеження забезпечує сигнал від кожного з ядер в людському тілі, тим самим має велике клінічне значення: оцінює розподіл протонів, включених в біоорганічні сполуки, що визначає високу мякотканну контрастність методу, тобто обстеження внутрішніх органів, а отже, і ефективність методу.

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ



OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

О.В.Басараб
ВИКОРИСТАННЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЇ СПЕКТРОСКОПІ В ПРОГНОЗУВАННІ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра акушерства та гінекології №2

В.О.Рудь (д.мед.н., доц.)

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

Актуальність: На сьогоднішній день післяпологові гнійно-септичні стани разом з пізніми гестозами вагітних, кровотечами та екстрагенітальною патологією є основними причинами материнської смертності. За даними ВООЗ материнська смертність від інфекційних ускладнень становить 15% і займає 2-е місце серед причин смертності. За даними МОЗ України у загальній структурі причин материнської смертності летальні випадки попричині сепсису та його ускладнень займають 3-є місце. У зв'язку із зростанням частоти оперативного розродження в Україні, а також зі зростанням кількості хворих з імунопатологією та екстрагенітальними захворюваннями, відсоток запальних ускладнень не має тенденції до зниження, і за даними різних авторів, складає від 10% до 19%. Більшість існуючих на сьогодні методів діагностики дають можливість діагностувати захворювання при маніфестації хвороби. Тому актуальною є подальша розробка методів, що дозволяють діагностувати захворювання на початковому етапі до появи розгорнутої клінічної картини.

Мета дослідження: Провести аналіз та оцінити ефективність методу флуоресцентної спектроскопії (МФС) в прогнозуванні розвитку гнійно-септичних ускладнень, зокрема післяпологового ендометриту (ПЕ).

Матеріали і методи: Проведено аналіз історій хвороб 46 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу післяпологових ускладнень на базі ВМКПБ №2 та анкетування на основі даних історій хвороб.

Результати: Серед 46 жінок переважають пацієнтки, що народжували в ПБ №2 – 48%, основна частина жінок мали перші пологи – 65%, переважна більшість пацієнток виписана із ПБ на 3-5 добу – 90%, підвищення температури тіла було у 58%, підвищення Le при поступленні – у 56%, кюретаж порожнини матки проводився у 69%.

Висновки: На основі аналізу та оцінки отриманих результатів можна стверджувати, що використання МФС у породіль групі ризику забезпечить достовірне діагностування ПЕ та прогнозування розвитку післяпологової гнійно-септичної патології.

Л.А. Бевзюк

ДІАГНОСТИКА ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Кафедра акушерства та гінекології

А.В. Семеняк (к.мед.н., доц.)

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна

Актуальність: частота позаматових вагітностей (ПВ) становить 1,2 - 2 % від загальної кількості вагітностей, однак у 50 - 60 % є причиною безпліддя. У структурі ПВ трубна вагітність посідає перше місце (97 % випадків). Останніми роками зросла частота виявлення ПВ на ранніх термінах вагітності, коли вона розвивається, завдячуючи можливостям сучасної діагностики. Однак, значна частина ПВ переривається з ознаками розриву маткової труби та потребує оперативного втручання для зупинки кровотечі. Репродуктивна спроможність такої труби, в подальшому, знижується, що робить потребу ранньої діагностики на етапі прогресування вагітності, коли можна зберегти структуру та функцію маткової труби, актуальною. Відсутність чітких патогномічних ознак, схожість клінічної картини з різними захворюваннями, які не вимагають оперативного лікування, ускладнює діагностику ПВ, що потребує постійного пошуку чітких діагностичних критеріїв.

Мета: визначити можливість ранньої діагностики ПВ шляхом комплексного обстеження та визначення хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в динаміці.

Матеріал та методи: проведено ретроспективний аналіз 30 випадків (історії хвороби, амбулаторні карти) із підозрою на ПВ (основна група). Вік жінок від 18 до 36 років. Методи обстеження – клініко - лабораторний, біохімічне визначення рівню ХГ, УЗД. Для порівняння сформовано контрольну групу, до складу якої входило 30 жінок із матковою вагітністю.

Результати: з анамнестичних даних відомо, що запальні захворювання жіночих статевих органів мали місце у 90 %, переривання попередніх вагітностей із вишкрібанням порожнини матки – у 36,7 %, порушення менструального циклу – у 73,3 %, міома матки у – 6,7 %, операції на органах черевної порожнини у – 36,7 %, куріння – у 40 %. У контрольній групі відповідно 20 %, 13,3 %, 36,7 %, 3,33 %, 3,33 %, 20 %, тобто можна сформулювати групу ризику виникнення ПВ із даних анамнезу. Перша вагітність у основній групі мала місце у 20 %, решта 80 % – повторна вагітність, при цьому у 12,5 % повторна ПВ, у контрольній групі у однаковій кількості перша та повторна вагітності. Термін вагітності у межах 4-6 тижнів. При проведенні УЗД плідне яйце не візуалізувалося у порожнині матки при позитивному тесті на вагітність. Визначено рівень ХГ: у 26,7 % нижче фізіологічної норми, у решти у межах норми. Проведено визначення ХГ у динаміці через 2 - 3 дні. У 8

жінок із зниженим ХГ прогресувало зниження рівня, що свідчило про відсутність розвитку плода. У решти 46,6 % рівень ХГ збільшився незначно, у 26,7 % збільшення відповідало нормі. При подальшому обстеженні підтверджено прогресуючу ПВ у 43,3 %, проведено лапароскопічну операцію, у 3,33 % при повторному визначенні ХГ встановлено його зниження, у 26,7 %, де збільшення відповідало нормі, діагностовано маткову вагітність. У контрольній групі рівень ХГ відповідав нормі.

Висновки: при проведенні роботи встановлено доцільність кількісного визначення рівня ХГ у динаміці при підозрі на ПВ.

Л.Я. Васильєва

ВПЛИВ АСОЦІАЦІЙ УМОВНО ПАТОГЕННИХ І ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології
А.В. Семеняк (к.мед.н., доц.)
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна

Актуальність: З кожним роком, не зважаючи на сучасні методи діагностики та лікування, спостерігається зростання частоти інфекцій, що передаються статевим шляхом. Своєчасній діагностиці перешкоджає те, що до порушень мікроцинозу піхви призводить як патогенна мікрофлора, так і умовно патогенні мікроорганізми. В подальшому, при розвитку вагітності, не пролікований своєчасно патологічний процес у жіночих статевих органах, може бути причиною ускладнень вагітності, що робить проблему мікроцинозу жіночих статевих органів актуальною.

Мета: Визначити вплив порушення мікроцинозу піхви, зокрема, при наявності дріжджоподібних грибів роду *Candida*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis* на перебіг вагітності.

Матеріали та методи: Обстежено 70 жінок – 50 вагітних із порушенням мікроцинозу піхви (основна група) та 20 вагітних із нормоцинозом піхви (контрольна група).

Результати: У 20 вагітних контрольної групи виявлено лактобактерії 80%, дріжджоподібні гриби роду *Candida* 10 %, *Gardnerella vaginalis* 10 %, вагітність перебігала без ускладнень.

У основній групі *Gardnerella vaginalis*, як моноінфекція виявлена у 16 %, 4 % асоціації з *Trichomonas vaginalis*, 16 % з дріжджоподібними грибами роду *Candida*, 4 % з *Ureaplasma urealyticum*. Дріжджоподібні гриби роду *Candida* співіснували також із *Ureaplasma urealyticum* і *Mycoplasma hominis* у 8 %, мікст-інфекція у 12 %. Моноінфекція *Trichomonas vaginalis* у 16 %, асоціації тільки з дріжджоподібними грибами роду *Candida* у 4 %, *Mycoplasma hominis* у 4 %, мікст-інфекція 12 %. *Ureaplasma urealyticum* і *Mycoplasma hominis* виявлялася тільки в поєднанні з іншими мікроорганізмами, тому не можна стверджувати про їхній безпосередній вплив на розвиток ускладнень. Загроза переривання вагітності була у основній групі за наявності асоціації *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, *Ureaplasma urealyticum* і *Mycoplasma hominis* у 68 %, дистрес плода у 20 %, аномалії розміщення плаценти у 16 %, плацентарна дисфункція та передчасний розрив навколоплідних оболонок у 12 %. *Gardnerella vaginalis*, як моноінфекція не виявлялася при загрозі переривання вагітності. Багатоводдя діагностовано за наявності *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, *Ureaplasma urealyticum* і *Mycoplasma hominis* у 4%, що свідчить про відсутність їх впливу на підвищення секреції амніотичних вод. Дріжджоподібні гриби роду *Candida* виявлялись у всіх випадках загрози переривання вагітності, при дисфункції плаценти у 8 %.

Висновки: порушення мікроцинозу піхви, спричинені асоціаціями гарднерел, трихомонад, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, мікоплазм та уреаплазм, мають значення для розвитку таких ускладнень вагітності, як загроза переривання вагітності у 68 % та дистрес плода у 20 %, у меншій мірі є причиною аномалії розміщення плаценти у 16 %, передчасного розриву навколоплідних оболонок та плацентарної дисфункції у 12 %.

М.А. Войцешина

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ТА РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РЕЗУС-КОНФЛІКТНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Кафедра акушерства та гінекології №2
С.Б. Чечуга (д.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Традиційні методи пренатальної діагностики важкості стану плода при резус-конфліктній вагітності на сьогоднішній день є недостатньо ефективними та не можуть бути використаними для визначення терміну та тактики розродження даного контингенту жінок. Тому, на сучасному етапі ведення резус-конфліктної вагітності потребує визначення більш діагностично цінних критеріїв діагностики стану плода, що дозволить розробити алгоритм моніторингу таких вагітностей та поліпшити перинатальні наслідки.

Мета: Знизити репродуктивні втрати у жінок з резус-конфліктною вагітністю шляхом оптимізації підходів до її ведення та тактики розродження.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз 68 історій пологів та індивідуальних карток жінок з резус-конфліктною вагітністю. Дослідження проводились на базі МЛКЦМ та Д» м. Вінниці за 2014-2015 рр. Проспективне обстеження 43 жінок з резус-конфліктною вагітністю, які склали основну групу. Контрольна група - 34 жінки з резус-негативною групою крові без титру антитіл.

Результати: Дослідження рівня титру резус-антитіл вагітних основної групи дозволило виявити, що наростання титру складало 1-4 розведення за вагітність, при цьому вихідний рівень не перевищував 1:4–1:16. Було досліджено, що в основній групі у 100 жінок (90%) відмічалось збільшення швидкості кровотоку в СМА >1,5 МоМ, що було розцінено як наявність анемії у плода, та в залежності від терміну гестації та акушерської ситуації проведено розродження вагітних. У 74 випадках (74%) була проведена індукція пологів, враховуючи термін гестації та готовність пологових шляхів. 56 жінок (75,6%) народили через природні пологові шляхи, 18 (24,4%) – шляхом операції кесарського розтину внаслідок дистресу плода в пологах чи неефективності індукції пологів. У 26 випадках (26%) пологи відбулись шляхом операції кесарського розтину. У 20 випадках (76,9%) це були передчасні пологи у терміні гестації 32-36 тижнів. І у 6 випадках (23,1%) через неготовність пологових шляхів при доношеній вагітності. У 94 випадках оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині становила 7-8 балів. В стані легкої асфіксії (оцінка по Апгар 5-6 б на першій хвилині життя) народилося 5 дітей. У всіх цих дітей була підтверджена гемолітична хвороба новонароджених, жовтянична форма, легкий перебіг. А в стані важкої асфіксії з оцінкою по Апгар 2 б на першій хвилині життя народилася 1 дитина (32 тижні вагітності), що мала набрякову форму гемолітичної хвороби, важкий перебіг, та померла на 2 добу життя. Діагнози були підтвердженні лабораторно. У 11 жінок основної групи протягом вагітності не з'явилось жодних ознак ГХП та не було підвищення швидкості кровотоку в СМА плода, тому вони народили з початком спонтанної пологової діяльності. У жодної з жінок групи контролю не було виявлено жодних ознак розвитку гемолітичної хвороби плода, тому їх розродження відбувалось залежно від акушерської ситуації.

Висновки: Проведене дослідження дозволило виявити, що найбільшою інформативністю для діагностики анемії плода володіє збільшення максимальної систолічної швидкості кровотоку в СМА плода.

Н. С. Волошинович
«ПОЛІПИ ТІЛА МАТКИ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ»
Кафедра акушерства і гінекології
О.М. Юзько (д.мед.н., проф.)
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна

Актуальність. У структурі жіночого безпліддя генітальна патологія займає провідне місце, причому найчастішою патологією є поліп тіла матки, частота якої в репродуктивному віці досягає 30-40%. Останніми роками в Україні широко використовують допоміжні репродуктивні технології (ДТР) при жіночому безплідді різного генезу, причому інколи тактика їх проведення стандартизована без урахування супутньої генітальної патології, у тому числі і поліпів тіла матки, які були проліковані різними способами і за різними методиками, не зважаючи на те, що основним методом лікування поліпу тіла матки є оперативний з широким спектром використання різних методик та модифікацій. У зв'язку з вищевикладеним, представляє значний інтерес вивчення редуктатів у пацієнток з поліпами тіла матки та безпліддям.

Мета: вивчити взаємозв'язок між клінічною картиною та гістологічною будовою поліпів тіла матки у жінок з безпліддям.

Матеріали і методи: проведено ретроспективний аналіз 199 історій стаціонарних хворих з поліпом тіла матки, асоційованим з безпліддям, що знаходилися на лікуванні в Медичному центрі лікування безпліддя м. Чернівців. На етапі підготовки до ДРТ проведено гістоскопію з гістологічним дослідженням видалених поліпів тіла матки.

Результати: регулярні менструації мали місце у 86±2,46 % жінок, (P<0,05), нерегулярні – у 14±2,46 %, значні – у 20±2,84 %, помірні – у 78±2,94 %, (P<0,05), скудні – у 2±0,99 %, болючі – у 39±3,46 %, не болючі – у 61±3,46 %, (P<0,05) жінок. Таким чином, більшість склали пацієнтки із регулярними, помірними та не болючими місячними. При огляді порожнини матки жінок досліджуваної групи поліпи були виявленими у 88±2,3 %, (P<0,05), не виявленими – у 12±2,3 % жінок. Окрім того, поодинокі поліпи спостерігалися у 50±3,78 % випадках, множинні – у 27±3,36 %, поліпоподібні розростання - в 23±3,18 %. Згідно результатів патоморфологічного дослідження, в 85±2,53 % переважали поліпи ендометрію залозистої будови (P<0,05). Фіброзно-залозистий тип поліпу спостерігався у 3±1,21 % пацієнток, залозистий поліп ендометрію на фоні гіперплазії ендометрію мав місце у 6±1,68 % жінок. Натомість, залозиста структура поліпу на фоні хронічного ендометриту, а також ультрасекреторна гіперплазія ендометрію, хронічний ендометрит та хронічний цервіцит склали по 0,5±0,5 %. Фіброзно-залозистий поліп цервікального каналу мав місце в 1±0,71% всіх випадків. У решти жінок відмічались наступні результати патогістологічного дослідження: поліпоподібні обривки

ендометрію були в $2\pm 0,99$ % досліджень, хронічний ендометрит та хронічний цервіцит зустрічалися з однаковою частотою ($0,5\pm 0,5$ %). Також, у $0,5\pm 0,5$ % пацієток ендометрій відповідав середній стадії фази секреції. Таку ж частку випадків склали жінки, у яких ендометрій відповідав пізній стадії проліферації.

Висновки: У 86 % наявність поліпів не супроводжувалася клінічними проявами. Під час оцінювання морфологічного дослідження видалених біопатів з'ясовано перевагу поліпів ендометрію залозистої будови в $85\pm 2,53$ % жінок, ($P < 0,05$).

Т.О.Волощук, Д.А.Олексівець

ВИКОРИСТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТОТРЕКСАТОМУ ЖІНОК З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ

Кафедра акушерства і гінекології №2

С.А. Тарасюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Позаматкова вагітність (ПВ) характеризується аномальною імплантацією плідного яйця за межами порожнини матки. Серед ПВ трубна вагітність (ТВ) складає 95-98%. Від 6% до 10% пацієток поступають у гінекологічний стаціонар з діагнозом «підозра на позаматкову вагітність». З появою нових методів діагностики підвищується ймовірність виявлення позаматкової вагітності в ранні терміни. Це дозволяє більш широко застосовувати консервативні методи лікування. Лікування метотрексатом викликає резорбцію плодового яйця, не зачіпаючи неушкоджену стінку маткової труби, прохідність якої зберігається.

Мета дослідження: Оцінити стан репродуктивного здоров'я жінок з перенесеною ТВ після консервативної терапії метотрексатом.

Матеріали і методи: Був проведений аналіз 20 історій хвороб, а також телефонне опитування пацієток ВМКПБ № 2 за 2015-2016 рік, котрим проводилось консервативне лікування ТВ метотрексатом. Вік пацієток 25-38 років.

Результати дослідження: При аналізі 20 (100%) історій хвороб пацієток з'ясувалось, всі вони отримували лікування метотрексатом у дозі 50-100 мг внутрішньом'язово, після введення якого проводили моніторинг β -ХГЛ. При зменшенні β -ХГЛ вдвічі введення метотрексату припиняли. 15 жінок (75%) відчували біль у нижніх відділах живота після введення препарату. Рідше спостерігалися стоматит і шлунково-кишкові розлади. Серед обстежуваних 5-ом жінкам (25%) проводилося оперативне лікування після консервативної терапії метотрексатом, таким чином встановлено, що ймовірність хірургічного втручання збільшувалася зі зростанням концентрації β -ХГЛ у сироватці. 8 жінок (40%) завагітніли протягом року після терапії, у 2-ох з них (10%) спостерігалась замерла вагітність. 16 жінок (80%) не вагітніли, серед них 6 (30%) не планували вагітність, а 10 (50%) намагалися завагітніти.

Висновок: Метод консервативного лікування ТВ з використанням метотрексату при внутрішньом'язовому введенні за схемою забезпечує ефективну резорбцію плідного яйця, при незначних побічних ефектах, дозволяє зберегти анатомічну та функціональну цілісність маткової труби у 75% випадків. Саме це забезпечило успішне настання наступної вагітності у 40% жінок, та швидшу реабілітацію до подальшого виношування плоду.

І.О. Воробей, Д.В. Лісовська

КОРОТКА ШИЙКА МАТКИ. ЧИ МОЖЛИВЕ ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ?

Кафедра акушерства та гінекології

А.В. Семеняк (к.мед.н., доц.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Передчасне переривання вагітності залишається актуальною проблемою в акушерстві. Частота передчасних пологів складає 7-10 %, при цьому причинами такого ускладнення вагітності може бути гормональна недостатність, інфекційні захворювання жіночих статевих органів, гестози, екстрагенітальні захворювання, багатоводдя, багатоплідність, надмірні фізичні навантаження, стресові ситуації, активне статеве життя, що, відповідно, потребує індивідуального підходу при лікуванні загрози передчасних пологів. Стан шийки матки є одним із прогностичних критеріїв у визначенні виношування вагітності. Довжина шийки матки в нормі становить, в середньому, 3-3,5-4 см та залежить від терміну вагітності, зміна її довжини під час вагітності може бути маркером загрози передчасних пологів.

Мета: Визначити причини вкорочення шийки матки для проведення патогенетичного лікування та попередження її подальшого розкриття.

Матеріали та методи: Проведено аналіз 30 історій вагітних у терміні вагітності 22-34 тижні з наявністю короткої шийки матки (КШМ) згідно результатів УЗД (основна група) та 20 індивідуальних карт здорових вагітних (контрольна група).

Результати: У вагітних контрольної групи довжина шийки матки впродовж вагітності становила 3-3,5-4 см,

ускладнень вагітності не було, пологи строкові. При визначенні мікроцинозу піхви встановлено наявність лактобактерій у 18 вагітних (90 %), *Candida albicans* у 2 (10 %). Перший та другий біохімічні скринінги в нормі. У вагітних основної групи проводилося визначення гормонів плаценти. При цьому у 10 (33,3 %) рівень плацентарного лактогену та вільного естріолу був у межах нижньої межі норми, у 15 (50 %) нижче середньої межі норми, що клінічно проявлялося ознаками загрози передчасних пологів у 20 випадках (66,7 %). При бактеріоскопічному та бактеріологічному обстеженні виділень із піхви та цервікального каналу встановлено наявність патогенної мікрофлори у 18 випадках (60 %) – це вагінальні трихомонади 15 випадків (50 %), хламідії 12 випадків (40 %), грам негативні диплококи, морфологічно схожі на гонокок 10 випадків (33,3 %). Рівень лейкоцитів при цьому перевищував норму, що свідчить про гострий запальний процес. Умовно патогенні мікроорганізми виявлялися у вигляді асоціацій у 8 випадках (26,7 %). Лактобактерії виявлено у 4 (13,3 %) вагітних основної групи. У 1 випадку (3,33 %) причиною вкорочення шийки матки була багатоплідна вагітність, у 2 (6,66 %) в анамнезі переривання вагітності до 22 тижнів, що свідчить про травматичні пошкодження шийки матки, які в подальшому є причиною структурних змін (вагітні відмовилися від вчасного накладання профілактичного шва на шийку матки).

Висновки: За наявності КШМ у 83,3 % виявлено ознаки дисфункції плаценти, у 66,7 загрозу передчасних пологів, запальний процес у піхві у 60 %, що потребує патогенетичного лікування для збереження вагітності та попередження прогресування вкорочення шийки матки

Т.А. Гекалюк, Ю.О. Василець

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ У ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра акушерства і гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Міома матки – найпоширеніша доброякісна пухлина матки, яка займає одне з провідних місць в структурі гінекологічної патології (виникає у 20-25% і навіть 40% жінок в репродуктивному віці, до 70% - в віці 50 років і старше). Вона може бути причиною безпліддя, самовільних абортів, передчасних пологів, неправильного положення плода, рясних післяпологових маткових кровотеч та інших ускладнень в пологах та в ранньому післяпологовому періоді. Ще декілька років назад єдиним вирішенням при лейоміомі вважалось оперативне втручання, а саме — видалення матки. Цей радикальний метод дозволяє позбавитися хвороби, але приносить пацієнтці чимало фізичних і психологічних страждань. По-перше, сам процес подібного втручання досить болючий і така серйозна операція, однозначно, призводить до серйозних порушень в організмі, особливо в гормональному стані. По-друге, видалення органу, що символізує жіночу суть і фертильність, являється для жінки сильним стресом, психологічним потрясінням.

Мета: Огляд досвіду впровадження в клінічну практику медикаментозних, безопераційних, а також малоінвазивних хірургічних методів, що представляють реальну альтернативу радикальній хірургії, що недавно вважалася «золотим стандартом» в лікуванні даної патології.

Матеріали та методи: Аналіз вітчизняних та закордонних літературних даних з приводу ефективності застосування уліпрісталу в лікуванні міоми матки.

Результати: Встановлено високу ефективність селективних модуляторів прогестеронових рецепторів в лікуванні міоми матки. Есмія – препарат для консервативного лікування міоми матки, розробка якого стала необхідністю для зниження зростаючого показника оперативного втручання (екстирпації матки). Важливим позитивним ефектом препарату Есмія є прямий вплив на клітини лейоміоми матки з придушенням поділу її клітин і стимуляцією самознищення міоматозних вузлів. За літературними даними, у 90,3% пацієнток, які отримували 5 мг Есмія (уліпрісталу ацетату) відмічалось припинення маткових кровотеч та зменшення в об'ємі міоми в середньому на 55% від попередніх розмірів. Спостерігалось виникнення незначних побічних дій, а саме: припливи жару у 12,7% пацієнток, оборотні зміни ендометрію (потовщення за даними УЗД) у 10-15%, головний біль у 6,4% і кілька випадків болючості молочних залоз.

Висновок: Застосування Есмії, як в якості самостійного методу лікування, так і в комбінації з хірургічними (малоінвазивними методами) значно розширює можливості проведення органозберігаючого лікування міоми матки, що сприяє не тільки покращанню якості життя пацієнток, а й зберіганню їх репродуктивної функції.

М.Я. Гула

ЦЕРВІКАЛЬНА ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНА НЕОПЛАЗІЯ, СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра акушерства та гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність : Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія(CIN) - це атипові зміни епітелію шийки матки в зоні

переходу одношарового циліндричного епітелію шийкового каналу в багатшаровий неогівіваючий епітелій ШМ, що часто виникають після інфікування ВПГ і вірусом папіломи людини (ВПЛ). Діагноз може бути поставлений тільки на основі даних цитологічного і гістологічного досліджень.

Мета: Оцінити патогенез сучасні методи діагностики та лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії.

Матеріали і методи : В групу для дослідження було залучено 31 жінка, у якої було діагностовано CIN та проведено діатермоконізацію на базі гінекологічного відділення №2 ВМКПБ №2 в 2015-2016 роках.

Результати: Основними скаргами при поступленні жінок були мажучі кров'яністі виділення в незначній кількості. Жінкам було проведено огляд за допомогою піхвових дзеркал, кольпоскопію та цитологічний метод дослідження (PAP-тест). Мазок за Папаніколау (PAP-тест) забезпечує можливість ранньої діагностики передракових станів і раку ШМ, а також дозволяє оцінити в динаміці ефективність проведеного лікування. CIN – захворювання, асоційоване з персистенцією і інтеграцією ВПЛ високого онкогенного ризику. Характерні морфологічні ознаки папілома-вірусної інфекції – койлоцитоз і дискератоз, що виявлено у 14 (45%) досліджуваних. Інфекції ШМ можуть привести до позитивних результатів тесту. Після лікування результат мазка повертається до норми, що утруднює діагностику. Для підвищення інформативності тесту використовують рідинну цитологію та нові комп'ютерні системи PAPNET і AutoPap, що перевіряють PAP-мазки і знаходять помилки цитологів. Проте при наявності сумнівного результату – атипичний PAP-тест можна використати наступну методику: 1) Провести повторне цитологічне дослідження через 3 міс. При нормальному мазку – повторити ще раз через 6 міс, через 1 рік і через 2 роки. При повторних результатах LSIL (ураження низького ступеню, CIN1) – направити жінку на кольпоскопію. 2) Провести кольпоскопію. При відсутності аномальних кольпоскопічних ознак, повторити цитологічне дослідження через 6 або 12 міс. (перевірка наявності ВПЛ). При показаннях проводиться біопсія та діагностичне вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу. При незадовільних результатах кольпоскопії призначається терапія супутньої патології (протизапальна або естрогенова терапія) і повтор кольпоскопії. 3) ВПЛ-тест за допомогою методу гібридного захоплення (ВПЛ Digene-тест) або ПЛР. При наявності онкогенних типів ВПЛ показана кольпоскопія, при відсутності – повторний цитологічний аналіз через 6 міс.

Висновок : Сучасне лікування CIN базується на виборі найоптимальнішого методу, що дозволить видалити та зруйнувати атипичні клітини з мінімальним ризиком подальшого розвитку дисплазії. Лазерна терапія та кріотерапія здатні усунути лише частину ШМ ураженої атипичними клітинами. Петлеподібна електроексцизійна процедура, конізація шийки матки і гістеректомія дозволяють видалити всю ділянку трансформованої зони, що включає всі клітини, які можуть стати атипичними і розвинути цервікальний рак.

Я.М. Демчишин, О.О. Місюра

ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ТА КРОВОТОКУ В ЯЄЧНИКОВИХ АРТЕРІЯХ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Кафедра акушерства і гінекології №1

О.Б. Мартинишин (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У ХХІ сторіччі серед жінок репродуктивного віку реєструється висока поширеність гінекологічних захворювань. У переліку причин перше місце посідають порушення менструальної функції (Булаченко О.В., 2010; Камінський В.В., 2010; Жук С.І., Татарчук Т.Ф., 2011). Набуває актуальності профілактика розладів репродукції, яка базується на вивченні механізмів виникнення гінекологічної патології. До числа досить поширених гінекологічних захворювань належить синдром полікістозних яєчників (СПЯ) (Смирнова А.А., 2014; Юзько О.М., 2011; Franks S., Navaratnarajah R., 2008). Він є найчастішою ендокринопатією у жінок дітородного віку як в Україні, так і за її межами і становить гетерогенну групу порушень із широкою клінічною і біохімічною варіабельністю (Двуреченская О.В., 2003; Долженко И.С., 2007; Краснопольская К.В., 2010; Міщенко В.П., 2010; Banaszewska B., 2006; Abbott D.H., 2007; Falsetti L., 2007; Costello M.F., 2009). Порушення менструального циклу, безпліддя, гірсутизм різного ступеня, ановуляція, ожиріння й двобічне збільшення яєчників мають значний вплив на якість життя пацієнток з СПЯ (Назаренко Т.А., 2011; Vaarends W.M., 2006; Broekmans F.J., 2006; Aroda V. R., 2009; Valen A.H., 2009).

Мета: Дослідити особливості взаємозв'язків між рівнем статевих гормонів та кровотоком в яєчникових артеріях у жінок репродуктивного віку із синдромом полікістозних яєчників.

Об'єкт дослідження: Порушення менструального циклу у жінок фертильного віку із полікістозом яєчників.

Методи дослідження: Загальноклінічні, лабораторні, ультразвукові, статистичні.

Результати: Жінки фертильного віку (n=32), що були обстежені з урахуванням ультразвукових та доплерометричних показників яєчничково-маткового кровотоку – поділені на дві групи. До першої були віднесені із мультифолікулярною (МФЯ) (n=16), до другої – із полікістозною (ПКЯ) структурою яєчників (n=16). Під час дослідження брали до уваги рівень фолікулостимулюючого гомону (ФСГ) та рівень лютеїнізуючого гормону (ЛГ), а також їх співвідношення. У жінок із ПКЯ та МФЯ достовірної різниці між рівнями гормонів не виявлено (p>0,05). Було підтверджено, що у жінок із ПКЯ наявне достовірне збільшення в

фолікулінову та лютеїнову фази менструального циклу (МЦ) морфометричних параметрів яєчників.

Висновки: Встановлено, у жінок з ПКЯ виявлені множинні достовірні ($p < 0,001$) зв'язки між рівнем гормонів та ультразвуковими параметрами матки та яєчників в різні фази МЦ, на відміну від пацієток з МФЯ. Рівень ЛГ у жінок із ПКЯ в лютеїнову фазу циклу перебуває в сильному зворотньому зв'язку із індексом резистентності в лівій яєчниковій артерії. У жінок з ПКЯ в фолікулінову фазу циклу рівень ЛГ перебуває у зворотньому сильному кореляційному зв'язку із систолодіастолічним співвідношенням кровотоку в правій та пульсаційним індексом в лівій яєчниковій артерії.

С.В. Демянюк

КОНСЕРВАТИВНІ ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІД ЧАС КЕСАРІВ РОЗТИНУ

Кафедра акушерства і гінекології №2

С.Б.Чечуга (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Акушерські кровотечі під час кесарів розтину є однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Щорічно за даними ВООЗ акушерські кровотечі виникають у 14 млн. жінок, з них 128 тис. вмирають від цієї патології в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів. В ході операції можливе виникнення ряду ускладнень, найбільш небезпечне з яких – гіпотонія матки, що може призвести до її подальшої екстирпації. Крім того, видалення репродуктивного органу жінки можливе при виникненні кровотечі по причині низького розташування плаценти та її щільного прикріплення до стінки матки. Отже, вивчення вже існуючих та створення нових методів зупинки маткових кровотеч під час кесарів розтину є пріоритетним та надзвичайно актуальним напрямком на даний час.

Мета: Розробка та провадження консервативних оперативних методик зупинки маткових кровотеч під час кесарів розтину для збереження репродуктивного здоров'я жінок шляхом підвищення якості та ефективності медичної допомоги.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективне дослідження та статистична обробка даних, отриманих при вивченні обліково-звітної документації у Центрі матері та дитини, м.Вінниця за 2010-2016 рр..

Результати: В результаті проведеного аналізу, за 2010-2014 рр. було виявлено 30 випадків з гіпотонічними кровотечами в ході операції, з них 8 призвело до екстирпації матки, за 2014-2016 рр. – 20 випадків, при цьому, видалення репродуктивного органу мало місце лише в 1 жінки, причиною стало врощення плаценти. Всього нами було виявлено 9 випадків маткових кровотеч, які закінчилися екстирпацією матки без додатків в Центрі матері та дитини станом на 2010-2016 роки. За період 2010-2014 рр. було накладено 9 компресійних швів за V-Lynch, 2014-2016 рр. – 8 швів. Нами також було накладено 4 компресійно - гемостатичних швів в нижньому сегменті за 2010-2014 рр. та 7 швів за 2014-2016 роки. Решту кровотеч було усунуто шляхом консервативного лікування.

Висновки: Згідно результатів нашого дослідження, можна стверджувати, що застосування запропонованих нами методів консервативного оперативного лікування ускладнень під час кесарів розтину суттєво знизило кількість випадків маткових кровотеч, що закінчилися екстирпацією матки, та дозволило досягти основної мети – збереження репродуктивної функції породіллі.

С.А. Дзьоник, І. І. Дубінець

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ МІОМІ МАТКИ

Кафедра акушерства і гінекології №1

О.К. Тарасюк (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Міома матки – поширене гінекологічне захворювання. Розвивається майже у 50% жінок у віці від 30 до 50 років. Часто себе не проявляє і виявляється випадково. Для виключення злоякісного процесу проводиться дослідження ендометрію. Використання нової методики - аспіраційної біопсії допомагає в цьому. Лікування міоми матки включає органозберігаючі методики, серед яких малоінвазивні операції - емболізація маткових артерій та абляція фокусованим ультразвуком (ФУЗ абляція). Вони мають менше ускладнень, легше переносяться хворими, дозволяють зберегти репродуктивну здатність жінки та менше затрачувати часу на стаціонарне лікування.

Мета: дослідити новітні методики у діагностиці та лікуванні міоми матки - аспіраційну біопсію ендометрію та емболізацію маткових артерій (ЕМА) у жінок з міомами матки.

Матеріали та методи: Було обстежено 245 хворих з міомою матки, яким була проведена ЕМА. Хворі відмовились від проведення гістеректомії та погодилися на проведення ЕМА з метою збереження функції дітонародження.

Результати: Пацієнтки, що оперувалися, були віком від 19 до 39 років, середній вік склав 29 років. Переважна

більшість (57, 5%) оперованих жінок мали розмір міоми до 10 тиж. вагітності, 32,7 % - до 15 тижнів і 9,8 % жінок були прооперовані з приводу міом великих розмірів. Переважали інтрамуральніміоматозні вузли – у 87 випадках, з субсерозним розташуванням вузлів прооперовано 73 і субмукозним – 42 жінки, значна кількість міом мали поєнання субсерозних та інтрамуральних вузлів – у 32 випадках, а у 11 відмічалось поєднання субмукозних з інтрамуральними вузлами. Міоми поєднувалися з різною гінекологічною патологією: кістами яєчників – близько 36 % жінок, гіперплазією ендометрію – 10, 7 %. Поліпи матки, гідросальпінкс, дисплазія шийки матки зустрічалися майже з однаковою частотою – близько 8 %; інші гінекологічні захворювання – аденоміоз (5,1 %), рідше-поліпи цервікального каналу. Враховуючи, що ЕМА проводиться під місцевою анестезією, часто жінки мали різноманітну соматичну патологію, при яких загальний наркоз був протипоказаним. Серед соматичної патології часто зустрічалась злукова хвороба (майже 15 %); геморагічний синдром з анеміями. Порушення менструального циклу у вигляді гіперполіменореї спостерігалися у 8,1 % жінок, інша соматична патологія – захворювання серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту - 5,1 %. У якості діагностики добре себе зарекомендував метод аспіраційної пайпель-біопсії, який використовувався у всіх жінок, що підлягали ЕМА. Ефективність його не менша за ефективність вишкрібання порожнини матки за результатами дослідження. У 13-ти жінок, хто планував вагітність після ЕМА, народилися діти.

Висновки: Таким чином, актуальним є пошук оптимального підходу до лікування міоми, який би дозволив своєчасно зупинити ріст пухлини. ЕМА не перешкоджає настанню вагітності, зберігає внутрішні статеві органи жінки, сприяє збереженню фертильності і надає шанси мати дітей у майбутньому.

К.В. Дяк, О.М. Юзько

«ЧИ МОЖНА ПРОГНОЗУВАТИ ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ?» ДАНІ ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Кафедра акушерства і гінекології

О.М. Юзько (д.мед.н., проф.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»,

м.Чернівці, Україна

Актуальність. Основними чинниками передчасних пологів є передчасні пологи в анамнезі, вишкрібання порожнини матки, гормональні порушення, інфекції сечостатевої системи та інші. Існуючі акушерські рекомендації призвели до зменшення перинатальної захворюваності та смертності, але необхідно продовжувати розробку науково обгрунтованої стратегії для профілактики передчасних пологів.

Мета: Вивчити особливості передчасних пологів у досліджуваної групи жінок.

Матеріал і методи: Проведено ретроспективний аналіз 100 медичних карт у жінок з передчасними пологами були розділені на 4-ри групи, згідно класифікації передчасних пологів: 1-а група – з 22 до 27 тижнів – 5, 2-а група – 28-30 тижнів – 12, 3-я група – 31-33 тижні – 35 та 4-а група – 34-36 тижнів - 48 жінок.

Результати: В структурі гінекологічної захворюваності хронічні запальні захворювання матки та придатків зустрічалися в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й групах (20,0 %; 16,7 %; 14,3 %; 14,6 %). Вивчаючи паритет пологів, встановлено: в 1-й, 2-й, 3-й групах співвідношення першонароджуючі до повторнонароджуючих: 60,0 % до 40,0 %; 58,3 % до 41,7 % та 54,3 % до 45,7 %, а в 4-й групі однакове процентне співвідношення 50,0 %. Інтергенеративний проміжок менше 1-го року в 1-й та 3-й групах (40,0 % і 20,0 %). Обтяжений акушерський анамнез (медичні, самовільні викидні) був: в 1-й – 80,0 %, в 2-й – 25,0 %, в 3-й – 37,1 %, в 4-й – 31,3 %. Передчасні пологи в анамнезі у жінок 1-ї – 20,0 %, 3-ї – 11,4 % та 4-ї групах – 6,3 %. Перинатальні втрати внаслідок передчасних пологів в анамнезі мали жінки 1-ї та 4-ї групи (20,0 % і 4,2 %). Перебіг вагітності у досліджуваних жінок ускладнювався загрозою переривання вагітності, в першому триместрі загроза переривання вагітності була в 1-й, 3-й і 4-й групах (40,0 %, 34,3 %, 22,9 %), а в другому - в 2-й і 4-й групах – (33,3 % і 37,5 %). Пологи через природні пологові шляхи відбулися у 74 жінок: в 1-й групі – 60,0 %, в 2-й групі – 83,3 %, в 3-й групі – 62,9 %, в 4-й групі – 81,3 %. Пологорозрішення шляхом кесарського розтину провели 26 жінкам: в 1-й групі – 40,0 %, в 2-й групі – 16,7 %, в 3-й групі – 37,1 %, в 4-й групі – 18,8 %, показами були неправильні положення плода (ніжне, сідничне передлежання та поперечне положення плода), дистрес плода, прееклампсія важкого ступеня, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. За результатами аналізу по шкалі Апгар в 1-й групі значної різниці в оцінці стану новонароджених не було в залежності від метода пологорозрішення, а 2-й і 3-й групах пологорозрішення шляхом кесарського розтину підвищувало оцінку новонароджених. В 4-й групі оцінка по шкалі Апгар була вище у новонароджених, які народилися через природні пологові шляхи.

Висновки: Встановлено фактори ризику передчасних пологів: хронічні запальні захворювання геніталій, ранні репродуктивні втрати в анамнезі, інтергенеративний проміжок менше 1 року. Методом вибору пологорозродження при передчасних пологах у вагітних високого перинатального ризику повинна надаватися перевага кесарському розтину.

Х.І. Замнифіст

ХЛОПЧИК/ДІВЧИНКА? АБО ЯК СПЛАНУВАТИ СТАТЬ ДИТИНИ ЗА ДОПОМОГОЮ ОВУЛЯЦІЇ

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т. В. Супрунова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними American Society for Reproductive Medicine, питання планування статі дитини невисокотехнологічними методами стоїть на одному щаблі з ЕК-заплідненням. Саме тому, більшість проведених досліджень стверджують про «право на життя» даного методу, беручи до уваги і анатомо-фізіологічні особливості організму.

Мета: Підтвердити актуальність даного методу серед сімейних пар та дослідити його ефективність.

Матеріали та методи: У дослідження включені 40 подружніх пар, які використовували даний метод планування. Середній вік батьків серед жінок 24 роки, а чоловіків – 25. Об'єм спостереження включав ретельний збір анамнезу життя подружжя, анкетування, уточнення особливостей перебігу дослідження, дієти та сексуальних поз під час дослідження.

Результати: За дослідженнями Центру Менструального Циклу та Овуляції та Інституту Репродуктивної Медицини, тривалість життя сперматозоїдів, що містять Х-хромосому складає ~36 год, в той час як У-хромосоми ~18 год. Швидкість пересування У-хромосом набагато більша, ніж у Х, проте вони менш стійкі у кислому середовищі. Саме тому, 10 пар використовували суто вираховані дати овуляції та анатомо-фізіологічні особливості сперматозоїдів, дата зачаття у 5-ти пар припадала на дні овуляції, у решти за 2 дня до овуляції (В. Shettles, «How to make the sex of your baby»). Інші 10 пар до таких же періодів зачаття додали і сексуальні пози задля подовження, або ж скорочення шляху сперматозоїдів (J. Martin Young, 2014). А треті десять пар дотримувалися певного раціону харчування, що допоможуть зробити рН внутрішньоматкового середовища більш кислим (для цього вони приймали в раціон кисло-молочні продукти, свіжі овочі та фрукти), або лужним (в раціоні переважали м'ясні та рибні продукти) (S. Ann Carson, 2013). Четверті – до періоду зачаття додали і пози, і дієту. Отримали бажану стать дитини у перших десяти пар 65%, у других – 70%, третіх – 75%, а у четвертих – 80%. Отже, середній показник отримання бажаної статі дитини складає 72,5 %. Слід зазначити, що беручи до уваги анамнез життя, жодна з пар у поколіннях не мали схильностей до народження конкретної статі дитини.

Висновки: Отримані дані дослідження вказують, що вірогідність отримання бажаної статі дитини досягатиме від 65% до 80%, в середньому цей показник складає 72,5 %.

Т.Ю.Калінчук, І.П. Климко

АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ. ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к. мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Однією із актуальних проблем в сучасній гінекології є проблема аномальних маткових кровотеч (АМК). В Україні дані про захворюваність та поширеність тяжких маткових кровотеч відсутні. В офіційній статистиці обліковуються загальні дані про порушення менструального циклу, що певною мірою відображають проблему аномальних маткових кровотеч. Тисячі жінок змушені переживати дискомфорт через АМК, при цьому не маючи патологій органів малого тазу, системних розладів, вагітності чи пологів. АМК становлять 10-12% від загальної кількості гінекологічних захворювань серед жінок репродуктивного віку. Цей показник має тенденцію до зростання з кожним роком.

Мета: Звернути увагу на проблематику виникнення аномальних маткових кровотеч у жінок репродуктивного віку. Дослідити та проаналізувати статистичні дані, що є в офіційних джерелах інформації за останні п'ять років.

Матеріали і методи: Клінічний протокол, затверджений МОЗ України «Аномальні маткові кровотечі», дані Центру медичної статистики МОЗ України, наукові публікації у періодичних виданнях України та світу.

Результати досліджень: За даними Центру медичної статистики МОЗ України у період 2013 року зі скаргами на розлади менструального циклу вперше звернулось 116182 жінки репродуктивного віку або 11,02 на 1000 жінок і 17833 дівчат підліткового віку (15-17 років) або 29,11 на 1000 дівчат-підлітків. За період 2008-2013 рр. захворюваність на розлади менструальної функції у жінок репродуктивного віку збільшилась на 4,5% (2008 р.- 10,52, 2013 р. – 11,02).

Висновки. Згідно аналізу літературних даних, спостерігається зростання частоти АМК серед жінок репродуктивного віку на 4,5%. В уніфікованому клінічному протоколі представлений огляд існуючих методів діагностики та лікування аномальних маткових кровотеч та запропоновані алгоритми діагностики і лікування даної патології в Україні

Д.В. Коваленко, Л.П. Гап'юк
ПРОБЛЕМА ШТУЧНОЇ ПЛАЦЕНТИ В АКУШЕРСТВІ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Плацента – життєво важливий орган, який забезпечує зв'язок організму матері і плода. При порушенні функції плаценти створюється загроза життю дитини. Підтримка життя глибоко недоношених дітей - це надзвичайно важке завдання. Сучасні технології не можуть відтворити ті умови, які створюються для дитини природньо всередині материнського тіла, тому лікарі можуть лише допомогти дітям вижити самостійно.

Мета: Дослідити сучасні наукові напрацювання, досягнення медицини у напрямку створення штучної плаценти.

Матеріали і методи: Проведено аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють сучасні досягнення науки в розробці штучної плаценти.

Результати : Після аналізу інформації, найбільш цікавим виявився досвід дослідників з Мічиганського університету в США, Дитячої лікарні Мотта і Лабораторії з вивчення екстракорпорального кровообігу, які створили штучну плаценту, що здійснює екстракорпоральну мембранну оксигенацію (ЕКМО), завдяки якій дитині не потрібно сподіватися на недорозвинені легені в перші тижні життя. Група наукових співробітників вирішила штучно виростити даний орган, щоб провести всі необхідні дослідження без ризику поставити під загрозу внутрішньоутробну дитину і матір. За допомогою зразків людських тканин вдалося створити напівпроникну мембрану, здатну фільтрувати ті чи інші речовини і передавати їх "дитині" - групі клітин, взятих з пуловини немовляти. Тести з глюкозою показали, що дана задумка здатна передавати цукор від матері до зародка точно так же, як це робила б плацента в тілі людини.

Висновок: Дослідження штучної плаценти дозволить детально вивчити принцип дії даного ембріонального органу і розробити способи корекції порушень функції плаценти. Сучасні наукові дослідження знаходяться на етапі доопрацювання і випробовування системи, яка повністю імітує внутрішньоутробні умови і дозволяє дитині безпечно розвиватися від 20-го тижня гестації до повної фізіологічної зрілості.

В.О. Ковач

**МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ ЕПІТЕЛІУ ШИЙКИ МАТКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ
МАЛОІНВАЗИВНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ**

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доц.), А.А. Васильков

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

Актуальність: Методом лікування патології шийки матки, яка займає значне місце в структурі захворювань органів репродуктивної системи, є малоінвазивні деструктивні операції на шийці матки. На етапі завершення утворення грануляційної тканини з метою попередження таких післяопераційних ускладнень, як фіброзні стриктури, атрезії цервікального каналу, вогнища субепітеліального ендометріозу, неповної зони доброякісної трансформації зі зміщенням перехідної зони від плоского до циліндричного епітелію та виникнення кіст шийки матки, доцільно застосовувати ультрафіолетове опромінення пошкодженої ділянки.

Мета: Визначити вплив ультрафіолетового випромінювання на репаративні процеси слизової оболонки шийки матки.

Матеріали та методи: Проведено обстеження та лікування 187 жінок з кольпоскопічно та цитологічно підтвердженим діагнозом ерозії шийки матки та ектропіону, дисплазії шийки матки легкого (CIN-I) та середнього ступеню (CIN-II), яким з метою деструкції патологічних ділянок, було проведено радіохірургічну абляцію або ексцизію відповідно. В основну групу увійшло 137 жінок, яким в післяопераційному періоді з метою пришвидшення епітелізації починаючи з 18-20 дня (етап колагенізації) до 30-35 дня (повна епітелізація) проводилось опромінення ектоцервіксу короткохвильовим апаратом «БОП» (виробник «Заповіт», м. Київ). 50 жінок увійшли в групу контролю, яким в післяопераційному періоді з 20 по 35 день використовували вагінальні супозиторії з Метилурацилом та спринцювання з відварами трав ромашки або календули.

Результати: В основній групі при кольпоскопічному дослідженні у 116 (85,0%) виявлено повну реепітелізацію та повне відновлення анатомічної структури шийки матки, у 124 (90,0%) відсутність рубцевих змін. У 130 (95,0%) жінок виявлена по зовнішньому вічку цервікального каналу перехідна зона від плоского до циліндричного епітелію. В контрольній групі - у 32 (64,0%) жінок виявлені рубцеві зміни, у 26 (52,0%) рубцеві зміни поєднувались з незавершеною зоною трансформації та наявністю ектопії, у 6 (12,0%) жінок виявлені невеликі вогнища ендометріозу, у 5 (10,0%) жінок відновлення структури епітелію відбулося без патологічних змін.

Висновки: Використання короткохвильового ультрафіолету прискорює репарацію слизової оболонки шийки

матки в післяопераційному періоді, тим самим зменшує кількість ускладнень в післяопераційному періоді та є безпечним для організму людини.

І.Ю. Костюк

ГАСМ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра акушерства і гінекології №1

Г.В. Чайка (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зміни уrogenітального тракту починаються з моменту настання вагітності і тривають аж до 17 тижня після пологового періоду. До цього часу остаточно незрозуміло, що саме - сама вагітність чи пологорозршення – сприяє розвитку нетримання сечі. За даними ІСБ (Міжнародна асоціація нетримання сечі) ознаки гіперактивного сечового міхура (ГАСМ) наявні у 50-100 млн людей у світі. Незважаючи на велику кількість наукових праць, дані щодо раціональних методів діагностики та ефективності методів консервативного лікування синдрому ГАСМ суперечливі, а відсутність індивідуального підходу, а також неможливість хірургічної корекції нетримання сечі у жінок фертильного віку не дають змоги створити та впровадити в практику чіткі алгоритми діагностики та менеджменту проблеми порушень сечовипускання.

Мета: Визначити показники захворюваності та поширеності порушень сечовипускання у вагітних жінок та, власне, синдрому гіперактивного сечового міхура в різні гравідарні терміни.

Матеріали та методи: На рівні жіночої консультації було обрано 600 вагітних жінок без супутньої екстрагенітальної патології. За допомогою анкети-опитувальника було виділено 137 вагітних в терміні гестації 12 та 18 тижнів з синдромом гіперактивного сечового міхура для подальшого обстеження.

Результати: При аналізі даних анкети-опитувальника, серед 400 вагітних жінок 286 мали ознаки порушень сечовипускання. Майже 90% жінок із втратою сечі під час вагітності вважали це фізіологічною ознакою вагітності. 41% жінок соромилися звернутися за медичною допомогою до спеціаліста, до того ж, більшість не мала уяви, до якого саме лікаря слід звертатися. У 66% випадків дані ознаки є генетично детермінованими. Частота синдрому гіперактивного сечового міхура склала 47,9% (137 вагітних жінок), серед яких 95 жінок були повторно вагітні. 11% вагітних з порушеннями шлунково-кишкового тракту, нервовою патологією, захворюваннями легень та операціями на органах жіночої репродуктивної системи були виключені з дослідження. Підвищений індекс маси тіла було зафіксовано у 29% жінок з ГАСМ. В 12 тижнів серед клінічних ознак переважало ургентне сечовипускання (32%), скарги на ніктурію пред'явили 31% вагітних, часте сечовипускання відмітили 23% вагітних. Щодо ургентного нетримання сечі, “мокрий”-сечовий міхур було виявлено у 9% та 5% вагітних з “сухим” сечовим міхуром. В 18 тижнів частішими стали скарги на нічне утримання сечі (37%) та ургентне нетримання (19% у порівнянні з 14% в т.г.12 тижнів). У вагітних зі скаргами на ургентне та часте сечовипускання суттєвих змін не було виявлено.

Висновки: Таким чином проблема порушення сечовипускання у вагітних жінок є досить актуальною, а питання прогнозування та профілактики порушень сечовипускання у вагітних жінок є перспективним напрямком в акушерській практиці.

А.В. Куранова, С.Г. Приймак

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ У ПАЦІЄНТОК З МІОМОЮ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології

О.М. Юзько (д. мед.н., проф.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»,

м.Чернівці, Україна

Актуальність: За останні роки в усьому світі відзначена тенденція до зростання частоти доброякісних захворювань молочних залоз, найбільш поширеною формою яких є фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ). Тому постає питання про пошук терапевтичних методів, які впливають на механізми, що викликають розвиток патологічного процесу.

Мета: Визначити стан молочних залоз у хворих міомою матки, закономірностей поєднання пухлини матки з різними формами доброякісних захворювань молочної залози і їх динаміки на тлі негормональної консервативної терапії міоми матки.

Матеріали і методи дослідження: Комплексне гінекологічне і мамологічне обстеження і лікування пройшли 56 жінок, що страждали на міому матки. Їх середній вік становив 38,5 (± 0,5 року). При обстеженні були використані загальноприйняті методи: клініко-анамнестичні, ультразвукове дослідження молочних залоз і геніталій, рентгеномамографія, гістероскопія з діагностичним вишкрібанням ендометрія, цитологічне виділення із соска.

Результати дослідження: У 43 (76,8%) із 56 хворих міомою матки були виявлені доброякісні захворювання

молочних залоз. У 23 (54,7%) з 43 спостережень виявлена дифузна ФКМ з переважанням фіброзного компонента з однаковою частотою у жінок пізнього репродуктивного 11 пацієнток (54,5%) і пременопаузального віку 12 жінок (60,4%). Отже, ця форма ФКМ частіше відзначалася у хворих до 44 років. Основними клінічними проявами ФКМ у обстежених пацієнток були: мастодинія у 46 (82,1%) з 56 жінок, виділення із сосків у вигляді молозива чи серозні, спостерігалися у 8 хворих (15,1%). Хворі з фіброаденомою молочної залози скарг не пред'являли. При цитологічному дослідженні виділень з сосків атипії клітин виявлено не було. У 3 (5,3%) з 56 хворих міомою матки, яка поєднувалась з патологією молочних залоз, спостерігалися симптоми пухлинного росту, у 12 (20,9%) - відзначено поєднання невираженого больового синдрому і збільшення розмірів міоматозних вузлів. У 23 (41,9%) - виявлений ріст міоми без больового синдрому та у 18 (32,6%) - порушення функції суміжних органів. У 44 (77,9%) жінок було відзначено порушення менструального циклу. При морфологічному дослідженні ендометрію у 16 (29,1%) пацієнток виявлено проліферативний ендометрій, у 8 (13,9%) - секреторний ендометрій, у 11 (19,8%) - залозисто-кістозна гіперплазія, у 15 (26,7%) - поліп ендометрію і у 6 (10,5%) - гіпопластичний або атрофічний ендометрій. В результаті проведеної негормональної терапії у переважній більшості хворих був відзначений позитивний клінічний ефект через 3 місяці після початку прийому Квінолу. При контрольному обстеженні 56 пацієнток через 6 і 12 місяців після початку терапії був виявлений позитивний ефект на ультразвуковій та рентгенологічній картині.

Висновок: Результати проведеного дослідження показали високу частоту поєднання міоми матки і ФКМ, що вказує на спільність механізмів розвитку цих патологічних станів. Консервативна негормональна терапія є ефективним і безпечним методом лікування ФКМ у пацієнток з міомою матки.

О.Б. Лесик, Г.В. Чайка

НОВОУТВОРЕННЯ ЯЄЧНИКІВ У ДІВЧАТОК

Кафедра акушерства та гінекології №1

Г.В. Чайка (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність: Одним з найбільш важливих та соціально значущих завдань медичної науки є поліпшення демографічної ситуації в Україні. В цьому аспекті безперечний інтерес становлять дослідження, спрямовані на розробку нових методів діагностики та лікування гінекологічної патології, що дозволить зберегти та відновити репродуктивне здоров'я жінок. Серед розповсюджених чинників його порушення є пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників, які посідають одне з перших місць серед захворювань органів репродуктивної системи і часто призводять до інвалідизації жінок. Пухлини та пухлиноподібні утворення вражають не тільки дорослих жінок, а й юнних дівчаток. Тому своєчасна, а головне правильна діагностика та розроблена схема лікування повинна забезпечити можливість повноцінного функціонування репродуктивної системи в майбутньому.

Мега дослідження: Дослідити структуру та клінічні прояви новоутворень яєчників у дівчаток

Методи: Загально-клінічний, лабораторний, статистичний.

Результати: За 2016 рік гінекологом дитячого та підліткового віку на базі ВОДКЛ діагноз: гормонопродукуюча пухлина було поставлено для 2-х дівчаток віком від 0 до 7 років; фолікулярна кіста – для 13-ти віком 8-13 років, та 50-ти віком від 14-18 років; кіста жовтого тіла – для 3-х дівчаток віком 14-18 років. Серед клінічних проявів переважав больовий синдром - 39%, на другому місці відсутність менструацій - 24%, відсутність скарг спостерігалось у 20% пацієнток, нерегулярні менструації у 9%, кровотечі у 5% та збільшення живота у 3% пацієнток.

Висновки: Пацієнтки з діагностованими новоутвореннями яєчників та їх батьки повинні бути проінформовані, що у випадку консервативного ведення необхідний динамічний контроль за станом об'ємного утворення з використанням УЗД (при необхідності МРТ). Частота і об'єм цих досліджень визначають у відповідності з нозологічною формою захворювання. Необхідно запобігати надмірному фізичному навантаженню, різким рухам, перебуванню в умовах підвищеної інсоляції. При появі або різкому посиленню болю, погіршенні самопочуття, підвищенні температури тіла та інших змінах стану дівчинки необхідно терміново звернутися до лікаря.

О. Y. Lepetenko

ADVANTAGES OF ANTICANCER DRUGS IN THE TREATMENT OF PRECANCEROUS LESIONS

Department of Obstetrics and Gynecology №2

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

N.A. Gaystruk (PhD., proff.), A.L. Yatsenko

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Actuality: Malignant neoplasms of the cervix occupy the fifth place in the overall morbidity and mortality of the female population in Ukraine. Now in Ukraine six women die from cervical cancer (CC) every day, most of them being

of working age. Each year about 17 thousand cases of malignant diseases of female genital organs are detected. Cervical cancer never develops in unchanged epithelium. In other words, it is always preceded by precancerous changes in the epithelium known as dysplasia. In 90 percent of cases the cause of cervical cancer is the human papilloma virus.

Aim: To analyze the effect of anticancer agents as one of the main methods of treatment of cervical cancer, the task of which is to eliminate the pathological process of the cervix and the changes that contributed to its occurrence.

Materials and methods: The results of the study, which involved 85 women who were under observation in the Vinnytsia regional clinical Oncology center. The criteria to be included in the study were the following: the absence of pregnancy, presence of human papilloma virus infection, the presence of epithelial dysplasia of the cervix, age from 18 to 50 years. All women were divided into two groups – the studied group (45 patients) and the control group (40). All patients of the studied group were administered complex antiviral therapy including Eplagin. This is anti-estrogenic and anticancer drug of natural origin.

Results: Colposcopic, cytological monitoring of treatment of the women studied was conducted after 6 and 12 months. After administration of an anticancer drug the viral load decreased, regressive changes of precancerous processes of the cervix and suppressed pathological growth were revealed. No progression of dysplasia process was observed. The drug proved to block the synthesis of viral proteins E6 and E7, thereby restoring local immunity. On examination after 12 months neither the signs of reinfection or reactivation of viral infection nor the signs of epithelial dysplasia of the cervix were revealed in the studied patients.

Conclusions: The results obtained showed high efficacy of anticancer drugs in treatment of precancerous diseases of cervix associated with human papilloma virus in women. Ease of use, safety and good tolerability of this drug make it one of the best choices in treatment of this disease.

Д.В. Лісовська, І.О. Воробей

ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ЗА НАЯВНОСТІ КОРОТКОЇ ШИЙКИ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології

А.В. Семеняк (к.мед.н., доц.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Невиношування вагітності є актуальною проблемою в акушерстві, оскільки, не зважаючи на сучасні різноманітні методи діагностики та лікування, відсоток передчасного переривання вагітності значно не зменшується, що призводить до народження недоношених дітей. Однією з вагомих причин невиношування є істміко-цервікальна недостатність, яка є органічна та функціональна. При даному патологічному стані шийка матки не здатна утримувати плід в матковій порожнині. Зростаючий плід, разом з навколоплідними водами, робить на шийку постійний, наростаючий по силі, тиск. У результаті цього, шийка матки стає коротшою, розкривається, приводячи до викидня, передчасного розриву навколоплідних оболонок і розвитку передчасної пологової діяльності.

Мета: Визначити ефективність лікування короткої шийки матки (КШМ) за допомогою різних методів.

Матеріали та методи: Проведено аналіз 30 історій вагітних у терміні вагітності 22-34 тижнів з наявністю КШМ згідно результатів УЗД, яких було розділено на дві підгрупи: першу підгрупу становили 10 вагітних із УЗ-ознаками КШМ, другу підгрупу – 20 вагітних із симптомами загрози передчасних пологів і УЗ-ознаками КШМ та 20 індивідуальних карт здорових вагітних, що становили контрольну групу.

Результати: У вагітних контрольної групи довжина шийки матки впродовж вагітності становила 3-3,5 см, ознак загрози передчасних пологів не було, пологи строкові. У 2 (20 %) вагітних першої підгрупи в анамнезі переривання вагітності до 22 тижнів, відмовилися від накладання профілактичного шва до 22 тижнів, у 1 випадку (10 %) дана вагітність є багатоплідною, у 7 випадках (70 %) КШМ 2,5-3 см виявлено при проведенні скринінгового УЗД до 21 тижня. Методом лікування у першій підгрупі у 3 випадках (30 %) було накладання циркулярного шва на шийку матки, решті 7 (70 %) запропоновано використання акушерського песарію та терапію препаратами прогестерону. У вагітних другої підгрупи проведено купування симптомів загрози передчасних пологів проведенням токолітичної терапії та повторно визначено стан шийки матки. У 18 вагітних (90 %) зберігалися зміни шийки матки, що проявлялися її вкороченням до 20-25 см. Препарати прогестерону призначено у 11 випадках (55 %), у всіх випадках запропоновано використання акушерського песарію. При динамічному спостереженні за довжиною шийки матки встановлено прогресування її вкорочення у 5 випадках (25 %), у 3-х із яких (60 %) препарати прогестерону не були застосовані. Всі вагітності збережено.

Висновки: За наявності КШМ для збереження вагітності та попередження передчасних пологів використовуються одночасно кілька методів лікування, що перешкоджає визначенню найбільш ефективного методу, лікування не завжди є патогенетичним, що потребує подальшого пошуку в лікуванні.

Т.П.Маврова
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №2
Н.Н.Настрадаина (к.мед.н., ас.)
Одесский национальный медицинский университет
г.Одесса, Украина

Актуальность: На сегодняшний день ВПЧ является одной из наиболее распространенных инфекций, передающиеся половым путем, которой инфицирована большая часть населения планеты. На данный момент зарегистрировано больше сотни типов этого вируса. Он обладает способностью инициировать злокачественные заболевания, в связи с чем в настоящее время привлекает внимание специалистов многих областей.

Цель: Оценить общую инфицированность, частоту встречаемости ВПЧ у больных с дисплазией, выявить диагностические критерии.

Материалы и методы: В исследование было включено 25 пациенток на базе КУ»Женская консультация №1» г.Одессы. Были обследованы женщины от 22 до 45 лет обратившихся с признаками урогенитальных инфекций и патологическими процессами шейки матки. Материалом для исследования являются соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала, полученные с использованием цитологических щеток, а также кольпоскопического, цитологического (РАР-test) и ВПЧ-типирование методом ПЦР.

Результаты: При исследовании общей инфицированности ВПЧ показано, что из 25 обследованных женщин на носительство вирус папилломы человека выявлен у 4 (16%). Ассоциации 16 и 18 генотипов были обнаружены чаще других, у молодых женщин в возрастной группе 22-45 лет.

Выводы: У пациенток с патологией шейки матки установлена высокая частота выявления ВПЧ онкогенных типов. Наиболее частые ассоциации 16 и 18 типов вируса, который выявился у 16%. Анализ данных о течении ВПЧ, методы диагностики показали, что внимание специалистов должно быть направлено на профилактику развития заболеваний, ассоциированных с ПВЧ, и рака шейки матки. В связи с этим возникает вопрос об усовершенствовании скрининговых программ, что позволит прогнозировать течение ПВЧ, заранее провести мероприятия и предотвратить развитие процесса малигнизации.

О.Ю. Макарицька
МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ ТА ОСНОВНІ ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ БАГАТОВОДДЯ

Кафедра акушерства та гінекології №2
О.В. Фурман (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Багатоводдя – це акушерська патологія, яка характеризується збільшеною кількістю навколплідних вод (НПВ) в амніотичній порожнині і часто призводить до перинатальної смертності, яка навіть у високорозвинутих країнах світу становить 4,12 %, проти 1,97 % у вагітних з нормальною кількістю НПВ. За останні десять років частота даного захворювання поступово зростає і складає 1,5–1,7% від загальної кількості пологів, при цьому у 23–83 % випадків виявляються вади розвитку плода. Результати численних досліджень, присвячених вивченню етіологічних факторів і патогенетичних механізмів розвитку багатоводдя, дозволяють стверджувати про поліетіологічність у розвитку даної патології.

Мета: Проведення ретроспективного та проспективного аналізу клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду у жінок, в яких вагітність була обтяжена багатоводдям та визначення ризику його розвитку.

Матеріали та методи: В роботі використані клінічні, клініко-лабораторні, ультразвукові, біохімічні, мікробіологічні, загальногістологічні, електронно-мікроскопічні дослідження, статистичні методи опрацювання результатів.

Результати: На базі Вінницької міської клінічної лікарні № 3 нами було обстежено 45 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група) і 76 пациенток, в яких вагітність перебігала на фоні багатоводдя (основна група). Під час обстеження, ми в першу чергу детально вивчали анамнестичні дані, особливо про репродуктивну функцію, що має важливе клінічне значення, так як дозволяє прогнозувати розвиток акушерських ускладнень. Вік обстежених коливався від 18 до 45 років, основний контингент (83,4 %) склали вагітні від 21 до 33 років. Багатоводдя однаково часто зустрічалось як у першовагітних, так і в повторновагітних. Встановлено, що у вагітних з багатоводдям частота генітальної патології на одну жінку майже в 2,5 рази перевищувала відповідний показник у контрольній групі. Серед перенесених раніше гінекологічних захворювань найчастіше спостерігались патологія шийки матки – 42 %, сальпінгоофорит – 20 %, кольпіт – 10,5 %, порушення менструального циклу – 9 %, неплідність – 3,2 %. Наявність запальних процесів статевих органів і порушень балансу статевих гормонів, що залежать від збалансованого обміну мікроелементів та макроелементів, є досить несприятливим фоном для розвитку наступної вагітності. Частота екстрагенітальної патології серед вагітних із основної групи в 1,4 рази вища, ніж у контрольній. Дослідження плаценти жінок основної групи показали гемодинамічні розлади як у крайовій, так і центральній зонах у

вигляді дифузного чи локального осередкового периваскулярного повнокров'я судин, масивних відкладень фібрину, склерозу, проліферації ендотелію з облітерацією просвіту.

Висновок: У результаті проведених досліджень нами було розроблено критерії прогнозування і діагностики багатоводдя, встановлено фактори ризику розвитку даної патології під час вагітності та запропоновано комплекс лікувальних заходів.

С.С. Бакало, Д.Ю. Мамчур

СТАТЬ ДИТИНИ ЗА КАЛЕНДАРЕМ ОВУЛЯЦІЇ

Кафедра акушерства і гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Планування статі дитини було актуальним в усі часи. В наш час інтерес подружньої пари в плануванні статі майбутньої дитини ані трохи не пропав, а, навпаки, з появою нових технологій зріс. Крім того, актуальною залишається проблема спадкових захворювань, зчеплених зі статтю. Але мало хто знає, що можна запрограмувати стать, наприклад за графіком овуляції. Щоб не помилитися в розрахунках і точно визначити стать дитини, жінці необхідно знати дату овуляції, визначити яку можна за допомогою підрахунків, якщо менструальний цикл стабільний, а також зробивши тест на овуляцію, який можна придбати в аптеці, що заснований на визначенні ЛГ. Крім того існують фізіологічні ознаки овуляції, наприклад болі внизу живота, легка нудота, нездужання. Визначити дні овуляції можна також за допомогою УЗД слідкують за зростаючим фолікулом (з 10-го дня, в день овуляції він зникне). Овуляція настає в середині менструального циклу, і життя яйцеклітини складає 24 години. Визначення статі дитини відбувається в момент зачаття і залежить від сперматозоїда, який запліднив яйцеклітину: з Х-або Y-хромосомою. Сперматозоїди «жіночої статі» (X) відрізняються від "чоловічих" (Y). Вони більше за розміром, їх швидкість менше, більш стійкі до негативних факторів і живуть трохи довше. Спермії, що несуть чоловічі хромосоми рухливі, але гинуть швидко. Після цього відкриття почалися спроби застосувати дані особливості для визначення статі дитини.

Мета. Визначити достовірність способу планування статі майбутньої дитини за овуляцією.

Матеріали та методи: Визначається за овуляцією стать майбутньої дитини за методом Хатцольда (планування відповідно з настанням овуляції). Тому можна припустити, якщо статевий контакт був за один день до овуляції, під час овуляції, або через один день після овуляції — чекайте народження хлопчика, тому що сперматозоїди, що містять чоловічу хромосому, досягають своєї мети значно швидше. Якщо статевий контакт стався за кілька днів до овуляції — готуйтеся до народження дівчинки, так як спермії, що містять жіночі хромосоми, рухаються повільніше. Для визначення овуляції жінці пропонувалось вимірювати базальну температуру, жінка вела графік базальної температури, за яким вона слідувала час настання в неї овуляція.

Результати: Якщо сперматозоїди потрапили в жіночі статеві органи до овуляції, сперматозоїди які мають статевий набір XX хромосом, набагато повільніші і можуть запліднити яйцеклітину тільки через 2-3 доби, вони довше живуть, при цьому висока вірогідність народження дівчинки. Якщо планується хлопчик, то статевий акт повинен відбутися в день овуляції. Сперматозоїди з Y-хромосомою рухаються швидше і досягають яйцеклітини протягом доби. Таким чином, якщо планується хлопчик, то статевий акт повинен відбутися в день овуляції, а якщо дівчинка, то за 2-3 дні до неї. Жінка за допомогою цього методу може планувати стать майбутньої дитини.

Висновки: Метод визначення статі дитини за овуляцією не можна назвати точним, так як цикл і термін овуляції навіть здорової жінки може змінюватися через нервові стреси, захворювання, зміни клімату або самопочуття жінки. Хромосомний спосіб зачаття бажаного статі дитини достовірний на 80%. Але в будь-якому випадку, для батьків звичайно важливіше, щоб дитина, будь то хлопчик чи дівчинка, народилися здоровими.

Ю.Г. Мельник

АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ

Кафедра акушерства і гінекології №1

О.К.Тарасюк (к.мед.н, ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Альгодисменорея відноситься до числа найбільш поширених видів гінекологічної патології. Біль під час менструації спостерігається у 31-52% жінок у віці 14-44 років, причому приблизно у 10% з них він настільки інтенсивний, що жінки втрачають працездатність. Очікування появи болу під час місячних не може не позначитися на загальному самопочутті, а також емоційній і психічній сфері жінки, що призводить до порушення стосунків з оточуючими. Даний симптомокомплекс розглядають не тільки як медичну, але і як соціальну проблему.

Мета: Оцінити рівень розповсюженості альгодисменореї та її проявів серед студенток 4 курсу ВНМУ.

Матеріали та методи: Проведене анкетування та статистична обробка даних серед 60 студенток медичного

факультету.

Результати: Було встановлено, що вік обстежуваних - від 19 до 26 років. Перша менструація серед обстежуваних розпочиналася з 9 до 15 років, причому переважно у 12 (26,7%) та 13 років (40%); в 14 років - у 16,6% студенток. Решта 11,7% мали перші місячні у віці 9-11 років та 5 % дівчат - у 15 р. Регулярними менструації ставали найчастіше у 14-15 років (21,6% та 18,5% відповідно), а також у 13 років (15%); у 16 років - 13,3%. З решти проанкетованих 15 % відмітили, що регулярним цикл став у віці з 17 до 20 років, і 16,6 % - у 11-12 років. У більшості обстежуваних тривалість кров'яних виділень становить 5 днів (40%) та 4 дні (26,6%), у 30,1 % студенток - 6-7 днів і лише 3,3% відмітили тривалість місячних 3 дні. Переважна більшість має тривалість циклу 28 днів (46,7%), 29-33 дні - 30% студенток, 25-27 днів - 18,3 %. Регулярний менструальний цикл спостерігається у 80% студенток, серед них 68,8% живе статевим життям, 31,2% - ні. Не регулярний цикл - у 20%, з яких 66,7% живе статевим життям, 33,3% - ні. Усі обстежені не мали пологів в анамнезі. Серед усіх проанкетованих 90% відмічали болючість під час місячних. За інтенсивністю, середню вираженість болю відмітили 38,8% студенток, а слабкий, або сильний, або дуже сильний за інтенсивністю біль спостерігається у однакової кількості студенток - по 20,4%. Болючість оцінювалася за 5-бальною шкалою ВАШ. Менструальний біль у студенток супроводжується й іншими відчуттями (у 74,1%): головним болем - у 70 %, нудотою - 62,5%, блюванням 5 %, головокружінням 55%. Щодо вивчення питання потреби у знеболювальних засобах для усунення болю, то нами встановлено, що постійно користуються анальгетиками - 41 дівчина (75,9%), в 1-ий день - 34 (82,9%), 2-3 дні - 12,3%, 3-5 днів - 2 студентки (4,8%). Також обстежувані відмічали, що відчуття зниження працездатності під час болю було у 42 студенток (77,8%), відсутність працездатності відмітила одна студентка.

Висновки: Вважаємо, що поширеність альгодисменореї серед студенток 4 курсу є доволі високою (90%), що характеризується різноманітністю проявів: від приєднання головного болю до повної втрати працездатності, що спричиняє виключенню з властивого їм активного життя. Питання потребує подальшого вивчення для належної корекції стану.

А.М. Москаленко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Кафедра акушерства і гінекології №2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пренатальна психологія - сучасний науковий напрямок, що вивчає емоційне сприйняття плода, його пам'ять і вплив сприйнятих під час вагітності та пологів вражень на образ мислення, емоційні прояви і стиль поведінки дитини і дорослої людини протягом всього його подальшого життя. Дитина пам'ятає не тільки те, що відбувається під час народження, а й події, що відбулися з ним і матір'ю під час вагітності. Пренатальний стрес може бути причиною важких психічних захворювань типу неврозів і психозів. Вони можуть проявлятися у вигляді нав'язливих станів, фобій, страхів, які виявляються в дитинстві у вигляді боязні темноти, павуків, змій, а іноді дуже незвичайні і екзотичні фобії - типу боязні дзвінків, дзюрчання кранів, тощо. Виявилось також, що діти запам'ятовують не тільки своє народження, а й втручання акушерів в цей процес. Серед них: штучне положозбудження, пологи з анестезією, накладання акушерських щипців, реанімація після пологів. Кесарів розтин - хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз черевної стінки та матки. Кількість кесаревих розтинів щорічно збільшується по всьому світу, при чому іноді високий відсоток цих операцій не пов'язаний з медичними показами. Дослідження наслідків абдомінального розродження є актуальним, не існує однозначної оцінки його впливу на розвиток дитини. Дозволяючи знизити показники перинатальної смертності і мертвонароджуваності, така операція негативно впливає на період адаптації «кесарят», збільшує ймовірність розвитку перинатальних патологій, які лежать в основі багатьох неврологічних і психічних розладів. Масштабне шведське дослідження підтвердило роль кесаревого розтину у виникненні аутизму. Непідготовлена до переходу у позаутробне існування, насильно вилучена з утробу матері, дитина не проходить всі стадії родового акту, зокрема, просування по родових шляхах. Таким чином, вона не отримує необхідний багаж захисних сил і важче адаптується до позаутробного життя, в порівнянні з дітьми, народженими природним шляхом.

Мета: Ознайомитись з особливостями психологічного стану людей (страхи, фобії), народжених за допомогою кесаревого розтину.

Матеріали та методи: Було проведено анкетування 25 жінок за розробленою нами анкетною.

Висновок: Вагітність і пологи - це унікальний час для первинної профілактики порушень психічного і фізичного здоров'я дитини. У людей, які родились за допомогою кесаревого розтину показники соціальної емоційності (висока емоційність у комунікативній сфері, висока чутливість до невдач у спілкуванні) і темпу мови була достовірно вище, а потреба в освоєнні предметного світу і емоційність (відчуття невпевненості, тривоги, високе занепокоєння з приводу роботи, чутливість до невдач) - нижче, ніж у дітей, народжених

природним шляхом. Отже, народження дитини за допомогою кесаревого розтину в тій чи іншій мірі залишає відбиток на її подальший розвиток, зокрема, їй важче пристосуватися до умов зовнішнього середовища ніж дитині, народженій природним шляхом.

О.А. Мунтян, В.І. Булавенко, О.В. Булавенко
**ДІАГНОСТИКА РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ
НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.В. Булавенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Звичне невиношування вагітності являє собою поліетіологічний симптомокомплекс, в основі розвитку якого часто лежать структурні зміни ендометрію, інфекційні, ендокринні, імунологічні та генетичні фактори у різних поєднаннях та співвідношеннях. Майже у 50% жінок причину звичного невиношування вагітності вивчити не вдається. З однієї сторони, такі труднощі можна пояснити поліетіологічністю цього симптомокомплексу. З іншої сторони, важливу роль у формуванні звичного невиношування вагітності відіграють зміни в органах та системах організму, що формуються в результаті дії первинного етіологічного фактору, а в подальшому приймають незалежну участь в патогенезі цієї патології. Одним з механізмів розвитку звичного невиношування вагітності в I триместрі являється порушення процесів імплантації та плацентації.

Мета: Зниження частоти ранніх репродуктивних втрат шляхом розробки алгоритму прегравідарної діагностики та прогнозування ризику розвитку невиношування вагітності.

Матеріали та методи: Нами були використані наступні методи дослідження: клінічні, інструментальні (УЗД), цитогенетичні методи – встановлення наявності поліморфізму генів PgR і VEGF, та математично-статистичні методи. Дослідження проводилось на базі гінекологічного відділення ВМКПБ№2. В дослідження було включено 88 жінок з діагнозом «Звичне невиношування вагітності», які відповідали критеріям включення та виключення.

Результати: Переривання вагітності у обстежених жінок спостерігалось в різні терміни вагітності. Найбільш часто переривання вагітності зустрічалось в терміні – 4-9 тижнів вагітності (67 – 76,14%), в інші терміни рідше (19 – 23,86%). При патогістологічному дослідженні децидууму у 62 випадках (70,45%) було виявлено лімфогістіоцитарну інфільтрацію в стромі ворсин, в 23 випадках (26,13%) – частини плідного яйця з вогнищами некрозу, у 8 (9,09%) – частини плідного яйця з дистрофічними змінами, у 10 (8,8%) – децидуальна тканина з вогнищами запалення, та у 14 (15,9%) – ворсини хоріона з дистрофічними змінами. Інші зміни (незрілі безсудинні ворсини хоріона, плацентарна тканина з вогнищами запалення, частково некротизована плацентарна тканина тощо) зустрічались рідше.

Висновки: Отримані дані також свідчать про значну роль процесів імплантації та плацентації у жінок із звичним невиношуванням вагітності. До основних змін ендометрію в цей період відносять процеси ангиогенезу, згортання крові та фібринолізу, та ремоделювання екстрацелюлярного матриксу. Порушення однієї чи кількох цих ланок в кінці кінців призводить до порушення формування матково-плацентарного кровотоку, що в свою чергу веде до невідповідного забезпечення плоду киснем та поживними речовинами, клінічними проявами чого можуть бути загроза переривання вагітності, замерла вагітність чи самовільний викидень.

Onisarotu Nana Aisha Temilayo

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE INTENSITY OF PRIMARY DYSMENORRHEA

Department of Obstetrics and Gynecology

L.I. Segediy (as.)

Danylo Halytsky Lviv National Medical University.

Lviv, Ukraine

Relevance: Menstruation is the release of blood, secretions, and tissue remains from the inner lining of the uterus which occurs approximately and normally once a month in females that aren't pregnant. Primary Dysmenorrhea is the occurrence of painful cramps during menstruation without being as a result of the presence of any pelvic disease while secondary dysmenorrhea is caused by a disorder in the reproductive system. The prevalence of dysmenorrhoea is quite variable in available literature; from around 45% to 90% however, dysmenorrhoea seems to be the one of the most common gynaecological condition in women irrespective of age and nationality. It causes significant disruption in quality of life and short-term school absenteeism. Primary Dysmenorrhea is frequently followed by other signs and symptoms, such as bloating, sweating, headaches, nausea, vomiting, fatigue, diarrhoea, and lower back pain, all developing preceding or following the menstruation.

Purpose: To analyse the prevalence and factors associated with the intensity of primary dysmenorrhea.

Materials and methods: A cross-sectional questionnaire based survey adapted from previous research works were distributed among 36 females. They completed a 22-item questionnaire consisting of questions about prevalence, severity, and factors that may have contributed to the increased intensity of pain or decrease. Data collected using

google forms and paper forms was inputted and analysed with the aid of excel based statistical analysis

Findings: Among participants, 27 (75%) had primary dysmenorrhea. The results indicate that there is a higher probability of dysmenorrhea with earlier ages of menarche. Most 14 (51.8%) of the respondents had a pain intensity of over 6 according to the pain intensity scale. In 15 (55.5%), painful menstruation didn't get better as they grew older, this suggests age does not affect the intensity of pain. An increased percentage of respondents with increased pain intensity of menstruation do not exercise regularly, this might indicate that the intensity of pain in primary dysmenorrhea is reduced with exercises.

Conclusions: Prevalence of primary dysmenorrhea is quite high. Lack of exercises seems to be a factor associated with increased pain intensity in primary dysmenorrhea while, increasing age seems not to be. Continuing studies are being carried out to better understand these factors affecting pain intensity including taking into account race.

О.І. Небеснюк, Г.І. Ордак

АНАТОМО – ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЯЄЧНИКІВ ПІСЛЯ ГІСТЕЕКТОМІЇ

Кафедра акушерства і гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У питанні реабілітації жінок після гінекологічних операцій дуже важливою є проблема віддалених результатів гістеректомії. У деяких пацієнток розвивається патологічний симптомокомплекс, який призводить до зниження якості життя. Гістеректомія негативно впливає на анатомо-функціональний стан яєчників, порушує нейроендокринні взаємовідносини гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-кора наднирників-щитовидна залоза, кровообіг, іннервацію лімфатичну систему тазового дна. Тому стан здоров'я жінок, які перенесли гістеректомію, залишається в центрі наукових дискусій. На думку одних авторів, яєчники після видалення матки продовжують функціонувати відповідно до віку, на думку інших, їхня функція знижується або припиняється після операції. Ступінь післяопераційних змін функцій яєчників які залишилися може значно змінюватися в залежності від наявності варіанту екстраорганної судинної сітки придатків матки. У яєчниках наростає ішемія в результаті виключення з їхнього кровообігу гілок маткових артерій. Змінюється об'єм і структура яєчника що призводить до дегенеративних і атрофічних процесів, а в подальшому до зниження овуляторної і гормонпродукуючої функцій.

Мета: Дослідити особливості перебігу післяопераційного періоду у хворих після гістеректомії.

Матеріали та методи: Аналіз даних індивідуальних та амбулаторних карт, історій хвороб жінок з доброякісними пухлинами матки, віком 45-65 років, яким було виконано операцію екстирпація матки без додатків на базі ВМКПБ №2 за 2015-2016рр., та даних індивідуальних та амбулаторних карт, історій хвороб жінок з доброякісними пухлинами матки, яким було проведено цю ж операцію з придатками на базі ВМКПБ №2 за 2015-2016рр.

Результати : Порушення функції яєчників після гістеректомії у жінок пізнього репродуктивного віку найбільш виражені в ранньому післяопераційному періоді, і в основному, мають транзиторний характер. Протягом року головна гормонпродукуюча функція яєчників практично відновлюється до рівня показників до операції. Різка гіпоксія і ішемія тканин яєчників в ранньому післяопераційному періоді призводить до значного зниження овуляторного резерву, що підтверджують УЗД-протоколи. У багатьох пацієнток спостерігається посткастраційний синдром. Його розвиток починається через 7-21 день після хірургічного втручання.

Висновки Відповідні ознаки поступово посилюються протягом 2-3 місяців. Відзначаються порушення вегетосудинної системи, серця, посилення роботи потових залоз. У деяких пацієнток збільшується маса тіла, порушується робота ендокринної системи організму. Спостерігаються порушення психіки. Виникає безсоння, нервозність, чутливість або пригніченість.

С.В. Ніколайчук

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології №1

С.К. Літвінов (к.мед.н., доц.), Б.О. Маркевич (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Міома матки – це доброякісна, гормонзалежна, моноклональна пухлина міометрію, яка посідає друге місце у структурі гінекологічної захворюваності після запальних процесів матки та придатків. Останнім часом усе частіше констатують факти омолодження міоми: у 13,3-27% випадків дана патологія спостерігається у репродуктивному віці, саме тому виникає необхідність в оптимізації лікувальної тактики з метою збереження репродуктивної функції жінки. Альтернативою хірургічному лікуванню може бути емболізація маткових артерій (ЕМА), в основі якої – припинення кровопостачання міоматозного вузла, що призводить до зменшення розмірів міоми і клінічних проявів.

Мета: Оцінка ефективності застосування ЕМА як альтернативного методу лікування міоми матки та показників якості життя після даного втручання у жінок репродуктивного та пременопаузального віку.

Матеріали та методи: Нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 85 пацієнток, віком від 24 до 56 років (середній вік $42,87 \pm 0,7$), яким було проведено ЕМА з приводу міоми матки у ВОКЛІ ім. М.І.Пирогова за період з вересня 2010 р. до березня 2016 р. Всі досліджувані були розподілені на 2 групи: I група – 65 жінок репродуктивного віку (вік $37,7 \pm 0,6$), II група – 20 жінок у пременопаузальному періоді (вік $48,05 \pm 0,7$). А також проведено опитування 20 жінок, яким було проведено ЕМА (вік $34,1 \pm 0,6$), 40 жінок (вік $38,2 \pm 0,5$), після видалення матки з придатками та без, для дослідження якості життя за самостійно розробленою анкетною.

Результати: При ретроспективному аналізі встановлено: об'єм матки та міоматозних вузлів після проведення ЕМА достовірно зменшився у пацієнток обох груп (за 3 міс. регресія відбулася в середньому на 20,3%, через 6 міс. – на 36,5%), враховуючи, що початковий розмір збільшеної матки становив у I групі – $11 \pm 0,4$ тижнів, у II групі – $13 \pm 0,3$ тижнів; лише у 2-ох пацієнток була необхідна повторна емболотерапія у зв'язку з не достатньою ефективністю попереднього втручання, що пояснюється анатомічними особливостями кровопостачання міоматозних вузлів. За результатами опитування виявлено загалом вищі показники якості життя у жінок після ЕМА у порівнянні з пацієнтками після видалення матки: 72% відмітили покращення самопочуття, 62% вказали на поліпшення психо-емоційного стану та підвищення працездатності, у 67% нормалізувалась статева функція (у той час як, у жінок після видалення матки з придатками даний показник складає 37%), також 55% пацієнток після видалення матки з придатками та 41% після видалення матки без придатків вказали на наявність вазомоторних порушень.

Висновки: Таким чином, проведені дослідження дозволяють впевнено сказати, що ЕМА є високоефективним, малоінвазивним методом лікування міоми матки, після застосування якого спостерігається позитивна динаміка показників якості життя. Основною перевагою емболотерапії є органозберігаючий принцип, що особливо важливо для пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією.

В.В. Онишкевич, В.Г. Савич

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЗАВМЕРЛОЇ ВАГІТНОСТІ ВМКПБ №2 ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАНОМ НА 2016 РІК

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.Л. Льовкіна (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: Завмерла вагітність - це аномальне переривання її, що полягає у припиненні розвитку плоду і його загибелі найчастіше у терміні гестації до 28 тижня. Причинами цієї патології є генетичні аномалії плоду, гормональні дисбаланси у жінки, інфекційні агенти, аутоімунні хвороби, тератозооспермія, шкідливі звички, стреси, тощо. Згідно зі статистичними даними від 15 до 20% вагітностей завершуються її не виношуванням, однією з основних причин якої є завмирання плоду на різних термінах. Така тенденція вказує на актуальність даної проблеми і потребує детальної оцінки та аналізу її причин і, за можливості, запобігання їй.

Мета: Оцінити клініко-епідеміологічну ситуацію з приводу завмерлих вагітностей у місті Вінниця за 2016 рік.

Матеріали та методи: Під час дослідження ми розглянули матеріали вітчизняних та закордонних видань з приводу завмерлої вагітності. Практичною частиною даної роботи стала оцінка 121 клінічного випадку з вагітністю, що не розвивалася, які мали місце у 2016 році.

Результати: За 2016 рік до ВМКПБ №2 гінекологічного відділення поступила 121 жінка з підозрою на завмерлу вагітність. Структуру патології склали пацієнтки від 17 до 45 років; 52,9% (64 особи) з яких - жінки до 30 років, пацієнтки старшої вікової групи – 47,1%, відповідно. 73 жінки були на момент огляду працевлаштованими (60,3%), інші 48 – безробітні (39,7%). Попередньо народжували 67 пацієнток (55,4%), а 41 із загальної кількості (33,9%) уже мала в анамнезі штучні переривання вагітності. Обтяжений гінекологічний анамнез мали 12 пацієнток (9,9%). При поступленні жінки пред'являли різноманітні скарги: 62% (72 ос.) відчували і тягнучий біль внизу живота, і мали кров'яні виділення з піхви, у 5 з них (4,1%) виникав лише тягнучий біль, а у 26 (21,5%) – лише кров'яні виділення. У 15 осіб патологія мала безсимптомний перебіг (12,4%). У 43 пацієнток (35,5%) патологія ускладнилася кровотечею. Мануальна вакуумна аспірація була проведена 89 пацієнткам (73,6%), медикаментозно перервали вагітність 30 жінкам, 2 хворі від лікування відмовилися. Завмирання вагітності відбувалося у такі терміни: 3-7 тижні гестації – 91 випадок (75,3%), 8 – 12 тижні – 30 (24,7%).

Висновки: У структурі захворюваності 121 пацієнтка перебувала на лікуванні у ВМКПБ №2 гінекологічному відділенні м. Вінниця з приводу завмирання вагітності у 2016 році. Серед них переважали жінки до 30 років. 60,3% з них були працевлаштованими. Більшість (55,4%) попередньо народжувала, а 33,9% попередньо штучно переривали вагітність. 9,9% мали обтяжений гінекологічний анамнез. Під час дослідження визначальних тригерних факторів зафіксовано не було, що спонукає до подальших аналізів та досліджень причин патології, задля майбутнього запобігання їй

І.В. Олексієнко, І.В. Пролигіна, В.Г. Чернова
ЦЕРВІКОМЕТРІЯ ТА ФЕТАЛЬНИЙ ФІБРОНЕКТИН ЯК ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ
Кафедра акушерства та гінекології №2
С.В. Балабуєва (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поглиблене вивчення факторів ризику передчасних пологів, біохімічних порушень, що виникають в організмі жінки, та розробка на цій підставі ефективних і доступних діагностичних тестів залишається актуальним питанням акушерства.

Мета: Зменшити перинатальну захворюваність і смертність при передчасних пологах шляхом впровадження своєчасного прогнозування загрози передчасних пологів з використанням інструментальних та біохімічних методів дослідження.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) у жінок з спонтанними передчасними пологами. Предметом дослідження є довжина шийки матки та рівень фетального фібрoneктину. Обстеження жінок проводилось на базі жіночої консультації, гінекологічного відділення та відділення патології вагітних ВМКПБ №2. Основним джерелом інформації, окрім облікової медичної документації, була спеціально розроблена анкета обстеження вагітної. Використовувались такі методи дослідження: клінічні, інструментальні, біохімічний, математично-статистичний.

Результати: На етапі формування груп нами було проведено ретроспективний аналіз індивідуальних карт вагітних та історій пологів жінок із ІЦН. На основі цього було сформовано критерії включення в основну групу: жінки віком 20-40 років; наявність ІЦН та застосування песарію чи серкляжу в анамнезі, чи під час теперішньої вагітності. Контрольну групу склали 30 жінок, у яких вагітність перебігала без ускладнень і закінчилась народженням здорової доношеної дитини. Основна група вагітних (70 жінок) була поділена на 2 групи по 35 жінок в кожній групі: в першу групу ввійшли жінки в терміні вагітності 19-23 тижні, в другу групу – в терміні вагітності 24-34 тижні, в анамнезі яких були ІЦН, передчасні пологи, накладання песарію та серкляжу в анамнезі чи під час теперішньої вагітності. Серед причин, які мали статистично значиму різницю між порівнюваними величинами були такі: шкідливі звички ($t=2,23$) в терміні 19-23 тиж., фізичне навантаження ($t=2,01$) в 19-23 тиж., в обох досліджуваних групах мали місце емоційний стрес ($t=2,63$), прибавка маси тіла на 15-25 кг ($t=3,76$), скарги жінок на кров'янисті виділення ($t=2,33$), передчасні пологи в анамнезі ($t=2,3$), застосування песарію чи серкляжу в анамнезі ($t=7,8$), загроза викидня або передчасних пологів в анамнезі ($t=8,8$ в 19-23 тиж., $t=11,0$ в 23-34 тиж.), дисплазії шийки матки в анамнезі ($t=4,45$), інструментальні втручання в цервікальний канал ($t=4,5$), ожиріння ($t=2,3$), носії стрептококу, бактеріальний вагіноз чи кандидоз ($t=2,8$), рівень прогестерону в крові менше норми ($t=3,29$), позитивний фетальний фібрoneктин ($t=2,2$ в 23-34 тиж.), довжина шийки матки 22-24 мм при цервікометрії ($t=3,7$).

Висновки: 1. Підвищений рівень фетального фібрoneктину та зменшення прогестерону є прогностичними ознаками передчасних пологів. 2. Встановлено взаємозв'язок між соціально-біологічними факторами та станом шийки матки. 3. Довжина шийки матки, взаємопов'язана з виникненням передчасних пологів у досліджуваних групах.

Т.В. Пастернак
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПРОЯВІВ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ ТА СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Кафедра акушерства і гінекології №1
Г.В. Чайка (д.мед.н., проф., зав. каф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Передменструальний синдром являє собою функціональний розлад центральної нервової системи під впливом несприятливих екзо- чи ендогенних факторів на тлі набутої або вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи.

В сучасній охороні здоров'я проблема передменструального синдрому є однією з найбільш актуальних та соціально вагомих. В останні роки з'явилась велика кількість інформації, присвяченої проблемі передменструального синдрому, що демонструє неухильний ріст числа таких пацієнток (Веропотвелян П.Н. і співавт., 2015). Поширення патології, за даними різних авторів, становить від 25% до 90% менструюючих жінок, і з віком їх кількість зростає.

Вплив проявів передменструального синдрому на соматичний статус і психологічну сферу пацієнток, що погіршують якість їх життя, приводять до зниження соціальної адаптації, підкреслює суттєву значимість захворювання як в медичному, так і в соціальному аспектах (Веропотвелян П.Н. і соавт., 2015).

Безперечно, збереження та покращення здоров'я підростаючого покоління – одне з головних завдань української медицини, яке є найперспективнішим внеском в інтелектуальний, економічний, політичний та культурний потенціал суспільства (Пирогова В.І. та співавт., 2011; Татарчук Т.Ф. і співавт., 2013). Тому

особливого значення набуває комплексне дослідження здоров'я дівчат-підлітків.

Мета: Зменшення частоти виникнення предменструальних розладів шляхом створення прогностичних моделей на основі встановлення взаємозв'язків сонографічних параметрів матки та яєчників і соматотипологічних характеристик організму.

Матеріали і методи: Проведено обстеження 30 дівчат віком від 14 до 18 років. Для дослідження відбирались дівчата юнацького віку різних соматотипів із передменструальним синдромом, які проживали на території України та не мали будь-яких хронічних захворювань у анамнезі. Відібраним дівчатам проведено первинне анкетування (менструальний дистрес-опитувальник Рудольфа Муса). Надалі досліджувались антропометричні, соматотипологічні характеристики, показники ультрасонографії внутрішніх статевих органів. Отримані дані порівнювались із практично здоровими дівчатами юнацького віку Подільського регіону, відібраними з банку даних НДЦ ВНМУ імені М.І. Пирогова. Статистичне оброблення отриманих результатів проводилося з використанням програми Statistica-5.5 фірми Statsoft з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки.

Результати: Виявлено особливості перебігу передменструального синдрому у дівчат юнацького віку різних соматотипів.

Висновки: Існує зв'язок між особливостями проявів передменструального синдрому та соматотипологічними характеристиками дівчат юнацького віку. Це дає можливість прогнозування, створення груп ризику розвитку ПМС та його профілактика, що у майбутньому покращить якість життя жінок.

М.І. Піщуліна

ВИКОРИСТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра акушерства і гінекології №2

С.А. Тарасюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця Україна

Актуальність: Консервативна міомектомія - органозберігаюча операція, під час якої здійснюється видалення одного чи кількох вузлів матки. Це хірургічне втручання рекомендоване жінкам репродуктивного віку, які планують вагітніти. Це стало можливим після появи сучасного обладнання та технологій.

Мета: Оцінити стан репродуктивного здоров'я у жінок після консервативної міомектомії (КМЕ).

Матеріали та методи: Був проведений ретроспективний аналіз 22 історій хвороб пацієнток відділення Вінницької жіночої консультації, котрим виконувалась КМЕ за 2016-2017 рік. Для оцінки стану репродуктивного здоров'я проведено анкетування пацієнток.

Результати: За досліджуванний період було виконано 22 КМЕ. Найчастіше виконувалось у жінок 31-40 років (80% випадків). У 43% жінок в анамнезі не було вагітностей, 38% жінок мали хоча б одну вагітність, яка б завершилась пологами та у 19% були вагітності, що завершились штучним абортom чи викиднем. Серед гінекологічних захворювань найчастіше зустрічалась ектопія шийки матки (24% випадків). Важкої супутньої патології не було виявлено. При поступленні 48% жінок мали скарги: на масивні кров'янисті виділення з анемією - 12%, проблема завагітнити -36%. Розміри міоми матки були від 8 до 11 тижнів. У 99% операція проводилась лапаротомним доступом, у 1 жінки (1%) вагінальним доступом. На момент опитування 55% жінок завагітніли, 25% на даний момент використовують контрацепцію, але планують завагітніти, 20% на даний момент не вдалось завагітніти.

Висновки: У всіх анкетованих жінок на момент дослідження рецидивів не було. Спостерігається високий відсоток жінок зі збереженою репродуктивною функцією. Таким чином, КМЕ є ефективним органозберігаючим методом для лікування у жінок репродуктивного віку.

А.В. Плужник, Л.Г. Дубас

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ І ДИСТРЕСУ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З БАГАТОВОДДЯМ

Кафедра акушерства і гінекології №2

Н.А. Гайструк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Однією з актуальних проблем акушерства і перинатології являється порушення навколоплідних вод, що створює несприятливі умови для росту і розвитку плода. Багатоводдя є однією із специфічних ознак внутрішньоутробного інфікування, частота якого постійно збільшується. Зростання частоти багатоводдя пов'язують із збільшенням числа інфікованих жінок репродуктивного віку, з гормональними порушеннями та з імунодефіцитом. У клінічному випадку збільшення об'єму амніально-плідної рідини провокує виникнення різних акушерських ускладнень таких як: дистрес плода, затримка розвитку плода, плацентарна дисфункція, загроза передчасних пологів, несвоєчасне відходження навколоплідних вод, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, дистрес плода, антенатальна загибель плода та післяпологові кровотечі.

Мета: Визначення факторів ризику, що сприяють виникненню плацентарної дисфункції і дистресу плода у вагітних з багатоводдям. Оцінити клінічний перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду у жінок з даною патологією та функціональний стан плода при плацентарній дисфункції.

Матеріали та методи: Робота проводилась на базі Вінницького міського клінічного пологового будинку № 2 і Вінницької міської лікарні « Центр матері і дитини ». Для дослідження було проведено ретроспективний аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду у вагітних з багатоводдям та оцінили функціональний стан плода при плацентарній дисфункції. Було опрацьовано 180 історій пологів вагітних з багатоводдям, що поступили у пологовий будинок у термін гестації від 30 до 40 тижнів відповідно історій розвитку новонароджених.

Результати: В результаті дослідження встановлено, що у вагітних з плацентарною дисфункцією під час гестації виявлено низьке прикріплення плаценти на передніх і задніх стінках 73,76% вагітних, у тілі матки – 14,37%, у дні матки – 11,87%. У вагітних з розташуванням плаценти у нижньому сегменті матки діти народжувались переважно з невеликою масою тіла (до 3000 г) у 91,5% випадків. Крім цього, у жінок даної групи відмічалась загроза переривання вагітності у 36,87% випадків, дистрес плода – 87,5%, передчасні пологи у 32,5% вагітних.

Висновок: Успіх лікування дистресу плода і плацентарної дисфункції у вагітних з багатоводдям залежить від своєчасної діагностики та профілактики цієї патології, а також чіткої організації роботи і високої кваліфікації у всіх лікарів, які беруть участь у веденні пологів – акушер, анестезіолог і неонатолог.

О.М. Подважук, Л.А. Романюк.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРЕНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ, КЛІНІКО-АНАМНЕТИЧНИХ ДАНИХ ТА РЕЗУЛЬТАТІВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Кафедра акушерства і гінекології №1

О.Б. Мартинишин (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: Частота переносування вагітності у світі за даними ВООЗ коливається від 4 до 14 % та супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності, великою кількістю ускладнень в пологах і післяпологовому періоді як у матері, так і в новонародженого.

Мета: Дослідити особливості перебігу перенесеної вагітності за даними анамнезу та УЗД

Матеріали та методи: Загальноклінічні, ультразвукові, лабораторні, статистичні.

Результати: Усі обстежені жінки з перенесеною вагітністю (n=55) з урахуванням клініко-анамнестичних даних були поділені на групи ризику по переносуванню вагітності. До вказаних груп належать жінки з надмірною масою тіла (n=28), жінки з іншою соматичною патологією (n=27). Однак в більшості обстежених жінок спостерігалась комбінація вищенаведених факторів, а не їх ізольований прояв. У обстежених жінок з соматичною патологією найчастіше виявлялись гінекологічні захворювання та захворювання молочної залози (n=23), сечовидільної системи (n=7) та серцево-судинної системи (n=21), апендектомія в анамнезі (n=4). У невеликої кількості вагітних (n=13) були наявними ознаки переносування вагітності при відсутності в анамнезі факторів ризику. У частини повторнонароджуючих термін, на якому відбулись попередні пологи теж становив більше 40 тижнів. Серед характерних ознак перенесеної вагітності за даними УЗД найчастіше виявляється маловоддя (55%), наявність плацентарної дисфункції (гіпоплазія або гіперплазія плаценти) (43%), макросомія (10%). За шкалою зрілості шийки матки за Бішопом у більшості виявлена недостатньо зріла шийка матки (p<0,05).

Висновки: Виділяють велику кількість факторів ризику переносування вагітності, які можуть впливати як ізольовано, так і в певному поєднанні. Єдиної причини перенесення вагітності встановити неможливо, проте кожен з перерахованих вище факторів ризику певним чином запускає каскад реакцій, що в кінцевому підсумку призводить до порушення співвідношення між естрогенами і прогестероном, функціональних порушень у ЦНС і матці, незрілості пологових шляхів, зокрема шийки матки, які і є основними причинами перенесення вагітності.

А.З. Срібняк, М.Д. Гресько

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНИХ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПРОЯВІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДЕФЦИТОМ ЕСТРОГЕНІВ

Кафедра акушерства та гінекології

М.Д. Гресько (к.мед.н., ас.)

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Пременопаузу слід розглядати як фактор ризику розвитку ССЗ, який запускає цілий ряд

патологічних змін в організмі жінки. Втрата гормональної естрогенної активності обумовлює формування порушень ліпідного спектру та вуглеводного обміну, прогрес «припливного» симптомокомплексу, появу чи прогресування артеріальної гіпертензії. Гормонально-метаболічна перебудова організму зумовлює важкий і тривалий перебіг не тільки психовегетативного синдрому, але й формування метаболічного та остеопенічного синдрому, пов'язаних з ними серцево-судинних захворювань, патології інших органів та систем.

Мета: Вивчення терапевтичного та профілактичного ефектів гомеопатичного препарату клімактоплан Н у пацієнок з артеріальною гіпертензією I і II ступенів в пременопаузальному періоді.

Матеріали та методи: Було обстежено 42 пацієнтки з артеріальною гіпертензією I і II ступенів. Проведено розподіл на дві клінічні групи. До першої групи увійшло 26 жінок, яким призначався препарат клімактоплан Н по 1-2 таблетки 3 рази на добу протягом 3-х місяців. Другу групу склали 16 хворих які не отримували вищевказану терапію. Середній вік жінок становив $46,2 \pm 2,8$ роки. Групи пацієнок достовірно не відрізнялися за анамнезом, наявністю соматичної патології, клініко-лабораторними показниками. Оцінку наявності та вираженості менопаузальних симптомів проводили із використанням модифікованого менопаузального індексу (ММІ). Аналіз клінічної ефективності здійснювався через три місяці на основі динаміки змін менопаузального індексу Купермана в модифікації Уварової, індексу маси тіла, показника ОТ/ОС (ОТ – об'єм талії, ОС – об'єм стегон), рівня артеріального тиску (АТ). Обстеження пацієнок показало, що серед клінічних проявів клімактеричного періоду переважала вегето-судинна симптоматика: «припливи» жару (72,8% випадків), пітливість (83,4%), парестезії (41,6%), головний біль (31,2%), серцебиття (36,7%). Психоемоційні прояви характеризувалися лабільністю настрою (22,6%), підвищеною стомлюваністю (71,2%), відчуттям напруження та тривожності (19,6%), зниженням працездатності (89,1%). Аналіз антропометричних показників та клінічних симптомів, характерних для обстежених жінок, виявив ожиріння I ступеня у 12 (28,6%) хворих, II ступеня – у 8 (19,1%) жінок, 5 (11,9%) пацієнок страждали вираженими формами ожиріння, відсутність надмірної прибавки ваги діагностовано у 10 (23,8%) обстежених.

Результати: Подальші спостереження за вираженістю клімактеричних порушень та метаболічних проявів показали, що у I групі на фоні призначеної терапії індекс Купермана знизився з $22,0 \pm 2,7$ балів до $15,0 \pm 1,7$ балів. Спостерігалася тенденція до нормалізації АТ: систолічний АТ у I групі знизився в середньому на 13 одиниць, діастолічний – на 5 одиниць мм рт. ст., у 96,0% пацієнок відмічено тенденцію до стабілізації добових коливань показників АТ, при цьому у II групі позитивної динаміки АТ не відбулося.

Висновки. Застосування комплексного гомеопатичного препарату клімактоплан Н дозволяє у 96,0% жінок значно знизити нейровегетативні і психоемоційні прояви, пов'язані з дефіцитом естрогенів. Разом з високою ефективністю препарат володіє безпекою при тривалому застосуванні у пацієнок із предикторами метаболічних порушень, зумовлює істотне підвищення якості життя жінок. Клінічні дані в процесі спостереження засвідчили стабілізацію соматичного здоров'я жінок, підвищення толерантності до фізичних та емоційних навантажень.

О.І. Сушицький

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАХОДІВ ПО ПРОФІЛАКТИЦІ ПОЛОГОВОГО ТРАВМАТИЗМУ

Кафедра акушерства та гінекології №1

А.П. Дністрянська (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Інтранатальне пошкодження скелета і м'яких тканин у новонародженого, що виникають, як правило, при патологічному родовому акті, при наданні акушерського посібника і в процесі реанімаційних заходів у разі асфіксії розцінюється як родова травма новонародженого. Найчастіше у новонароджених спостерігається переломи ключиці, переломи стегнової і плечової кісток, пошкодження черепа і головного мозку. Вкрай рідко виникає перелом кісток гомілки, передпліччя і хребців. Під час пологів при макросомії плода, неправильних вставленнях голівки плода, анатомічно та клінічно вузькому тазі існує високий ризик виникнення травматизму родових шляхів матері. Профілактикою цього виду травматизму займаються лікарі пологових будинків.

Мета: оцінити ефективність заходів профілактики пологового травматизму у новонароджених та породіль.

Матеріали та методи. Ретроспективно досліджено 43 історії пологів I пологового будинку м. Вінниці та матеріали річної звітності I пологового будинку м. Вінниці.

Результати. Для дослідження ефективності заходів по профілактиці пологового травматизму нами було відібрано за період з вересня 2016 по березень 2017 року 43 історії пологів. Критеріями відбору було наявність анатомічно вузького тазу та крупного плода, як найбільш частих причин пологового травматизму. Проаналізувавши 43 історії пологів виявлено 6 випадків пологів з народженням плодів масою більше 4500 г. У 4-х (66,7%) випадках пологи були завершені операцією кесарського розтину. У 2-х роди відбулися через природні родові шляхи. В 1-му ускладнилися розривом шийки матки, який потребував хірургічного відновлення. У 37 жінок вага плода склала від 4000 г до 4500 г (4150 ± 50). З 37 пацієнок в 7-ми (18,9%)

випадках пологи закінчилися кесарським розтином, 5-ть (13,5%) ускладнилося розривом промежини I ступеня; 2-а (5,4%) – розривом шийки; 1-н (2,7%) – розривом статевих губ; 1-н (2,7%) – розривом піхви.

Слід відзначити, що родовий травматизм новонароджених був виявлений лише в 1-му випадку серед проаналізованих історій. За даними звітності пологового будинку №1 м. Вінниці. Інших випадків травматизму новонароджених не було. Маса плода новонародженого не перевищила 4000 г і причиною пологового травматизму новонародженого стала вторинна слабкість родової діяльності, дисточія плечиків, що і стало причиною перелому ключиці у новонародженого.

Висновки. Таким чином, вчасно та адекватно встановлена вага плода та оцінка ризиків материнського та дитячого травматизму в 66,7%, при масі плода більше 4500 г. та в 18,9%, при масі плода менше 4500 г, стала показом до проведення кесарського розтину, що ефективно попередило розвиток травматизму як новонароджених так і жінок. Зареєстрована незначна кількість випадків материнського та 1-н випадок дитячого травматизму виникла внаслідок слабості родової діяльності та інших відхилень від фізіологічного перебігу пологів, які потребують розробки ефективних методів профілактики їх негативного впливу.

О.В. Телегузова

ВАГІТНІСТЬ ТА СТАТЄВЕ ЖИТТЯ – ФІЗИЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Кафедра акушерства і гінекології №1

Л.В. Яремчук (доцент, к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Вступ: Статеве життя під час вагітності досить часто розглядається як табу. Не часто лікарі пояснюють ризики та можливості статевого життя при вагітності, надають обґрунтовану інструкцію для вагітної жінки про те, як вести здоровий спосіб статевого життя, чекаючи на дитину.

Мета: дослідити фізичні та психологічні аспекти статевого життя у вагітних. Виявити ризики та можливості здорового статевого життя для вагітної жінки. Дослідити рівень обізнаності вагітних про статеве життя.

Матеріали і методи: аналіз новітньої наукової літератури з досліджуваної теми. Анонімне анкетування жінок та зведення результатів за допомогою програми Statistica.

Результати: Тіло вагітної жінки проходить через ряд анатомічних і фізіологічних змін, які мають вплив і на сексуальну активність. Найбільш важливими факторами впливу на активність статевого потягу у жінки під час вагітності є: нудота, блювота, болі в спині, ніжності грудей, часті імперативні позиви до сечовипускання. У більшості статей зазначається, що загальне зниження сексуальної активності спостерігається в першій та третій триместр вагітності, тільки в другому, жінки можуть відчувати підвищене почуття бажання і сексуального збудження. Така зміна потягу пояснюється впливом стабілізації гормонального рівня та зниженням фреквенції й важкості токсикозу. За результатами анонімного анкетування вагітних, головними психологічними проблемами є: страх травмувати плід, негативізм у сприйнятті власного (зміненого) тіла та страх бути несприйнятою партнером.

У більшості досліджень все ж немає підтвердження даних щодо ризиків для плода, але є деякі думки про ймовірні ускладнення, які можуть бути викликані сексуальною активністю під час вагітності. Найчастішими з них є: недоношеність або дистрес плода, вагінальні кровотечі та інфекції.

Висновки: існує велика кількість варіантів ведення здорового способу статевого життя під час вагітності, але для цього партнери повинні вжити деяких запобіжних заходів, і пристосуватися до нової ситуації та проконсультуватися з лікарем. Вагітні жінки потребують більшої турботи та уваги з боку своїх партнерів, які повинні бути більш терплячими і розуміючими щодо зміни фізичного стану і особливих потреб майбутніх матерів.

О.О. Твердохліб

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКАРУ ШИЙКИ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології №1

А.П. Дністрянська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак шийки матки є однією з найбільш частою онкопатологією жіночого організму. В Україні щорічно близько 2 000 жінок помирає від запущених форм раку шийки матки, тому вчасна та точна діагностика патологічних змін структури шийки матки залишається актуальною проблемою сьогоденної онкогінекології. Адаптивна діагностика передракових захворювань і початкових форм раку шийки матки дає можливість застосування адекватної терапії, що призведе до зменшення смертності жінок від раку шийки матки.

Мета: Дослідити ефективність застосованих методів діагностики патології шийки матки в сучасній онкогінекології для вчасного виявлення внутрішньоклітинного ураження високого ступеня ризику та її лікування.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективне дослідження медичної документації ВООД, аналізувалися результати цитологічного дослідження 908 жінок, які спостерігалися в ВООД з приводу дисплазії шийки матки, раку *insitu*, раку шийки матки та 1841 результат рідинної цитології. Застосовувались стандартні методики статистичної обробки результатів.

Результати: При аналізі результатів обстеження встановили, що традиційним цитологічним дослідженням виявили дисплазію легкого ступеня у 2,1% пацієток, тоді як рідинною цитологією-13,8% обстежених жінок, що є достовірно ($p < 0,05$); дисплазії середнього ступеня традиційним методом-0,4%, рідинним-2,3% пацієток ($p < 0,05$); важка дисплазія традиційним методом-0,2% а рідинна-1,3% жінок ($p < 0,05$); рак *insitu* традиційним-0,05%, рідинним-0,2% ($p < 0,05$). Лише при виявленні раку шийки матки не встановлено суттєвої різниці частоти його діагностики: традиційним-0,03%, рідинним-0,05% ($p < 0,05$).

Висновки: За допомогою методу рідинної цитології частота виявленості патологій, які відповідають градації (внутрішньоепітеліального ураження високого ступеня ризику) в 4 рази вища, ніж при використанні традиційного цитологічного дослідження, що дозволяє рекомендувати цей метод для ранньої діагностики патології шийки матки і лікування з метою зменшення захворювання і смертності жінок на рак шийки матки.

Я.Й. Тросцінська

ВІДНОВЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Кафедра акушерства і гінекології №2

С.А. Тарасюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця Україна

Актуальність: Безпліддя, пов'язане з ендометріозом залишається одним з важких питань репродуктивної медицини. У жінок з безпліддям частота ендометріозу складає 20-80%. Найбільш можливою причиною зниження здатності до запліднення є анатомічні дефекти органів малого тазу, в тому числі трубно-яєчникові, перитонеальні спайки і деформації маткових труб. Певне значення має овуляторна та ендокринна дисфункція. Хронічна оваріальна недостатність призводить до порушення морфофункціонального стану ендометрію. Сучасні знання дозволяють розглядати імунологічні та біохімічні зсуви при ендометріозі як причину безпліддя.

Мета: Простежити етапи відновлення репродуктивної функції у жінок з ендометріозом і безпліддям.

Матеріали і методи: Проаналізовано історії хвороб 20 жінок з безпліддям та ендометріозом, яким у відділенні гінекології було проведено лікувально-діагностична лапароскопія. Вік пацієток 23-39 років. Всі звертались до гінеколога з приводу відсутності вагітності від 2 до 15 років (в середньому 7 років). Верифікація ендометріозу базувалась на клінічній симптоматиці та даних діагностичних методів обстеження.

Результати: При аналізі історій пацієток з'ясувалось, що у всіх зустрічались наступні форми ендометріозу: ендометріоз шийки матки- 10%, аденоміоз (1-2 ступеня) – у 30%, ендометріоз яєчників – 75% (з них поверхневий ендометріоз- 15%, ендометріодні кісти – 60%), ендометріоз очеревини у 55%, кишківника у 5% жінок, поєднання декількох форм ендометріозу. Окрім цього зустрічались інші гінекологічні патології: безпліддя – 100%, вагініт – 30%, бактеріальний вагіноз 10%, ектопія шийки матки- 25%, міома матки – 15%, гіперпластичні процеси ендометрію- 30%, хронічний ендометрит- 30%, спайкова хвороба 1-3 ступеня – 20%. До хірургічного лікування 30% жінок отримували гормональну терапію, гестагени для корекції з можливою гіперестрогенією, в поєднанні з міомою матки та гіперпластичними процесами в ендометрії. Під час лапароскопії було виконано: висічення вогнищ ендометріозу на очеревині у 40%, сальпінгооваріолізис – у 45%, висічення ендометріодних вогнищ яєчників, видалення кіст в 75% жінок. В післяопераційному періоді призначено гормональну терапію протягом 3-6 місяців. Препарати агоністи рилізінг-гормонів отримували 15%, антигонадотропіни - 85% жінок, системну ензимотерапію отримували 45% жінок, імуномодулятори- 40%. Всім пацієткам рекомендувався диспансерний нагляд з УЗД через 3 місяці, контроль овуляції. Частота настання вагітності після лікування ендометріозу коливається від 30 до 80%.

Висновки: Таким чином, проаналізувавши історії пацієток, можна впевнено сказати, що ендометріоз є однією з основних причин безпліддя. Лікування безпліддя у жінок з ендометріозом має бути комплексним, включаючи хірургічний компонент (безпосередньо лапароскопію), гормональну, імунокоригуючу терапію.

Ю.Р. Христофор, М.К. Губенко

СУЧАСНІ ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДДЯ

Кафедра акушерства і гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Репродуктивна медицина сьогодні базується на своєчасній та повній діагностиці безпліддя подружньої пари, застосуванні новітніх високоспеціалізованих медичних технологій. Розробка та широкомасштабне впровадження інноваційних допоміжних репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя дозволило підвищити ефективність лікування цієї складної патології в багато разів.

Мета: Дослідити та висвітлити усі відомі на сьогодні допоміжні методи репродуктивної медицини, їх ефективність та результативність..

Матеріали та методи: Опрацювання літературних джерел, регламентуючих наказів МОЗ України з питань репродуктивної медицини, результатів медичних досліджень з питань безпліддя, їх узагальнення.

Результати: В Україні станом на 2010 рік зареєстровано біля 1 млн. безплідних пар. Серед причин безпліддя частіше зустрічаються: овуляторні дисфункції, ендокринні порушення; трубний фактор; ендометріоз і міома; чоловічий фактор (порушення сперматогенезу та обструкція); безпліддя невиясненого генезу. Значне розповсюдження безпліддя (до 20 % подружніх пар) стало мотивом для розробки допоміжних репродуктивних технологій, як нового реабілітаційного напрямку в репродуктивній медицині. В Україні з хорошим клінічним ефектом використовуються нові допоміжні репродуктивні технології, які базуються на принципах методики запліднення *in vitro*: внутріматкова інсемінація спермою чоловіка або донора; екстракорпоральне запліднення, інтрацитоплазматична ін'єкція спермія в яйцеклітину, а також спермодонація, оводонація, ембріодонація, сурогатне материнство, кріоконсервація репродуктивних клітин і ембріонів.

Висновки: Отже, спираючись на результати досліджень та аналіз даних про сучасні допоміжні репродуктивні технології, можемо стверджувати, що в Україні з кожним роком все більше зростає число звернень з лікування безпліддя. Проте стан репродуктивного здоров'я залежить від багатьох факторів, що вимагає активної участі держави, проведення науково-дослідної роботи, широких міжнародних контактів з пріоритетних напрямків репродуктивної медицини, щоб можна було розраховувати на покращення демографічної ситуації в Україні.

М.В. Шворак

МІХУРОВИЙ ЗАНЕСОК ЯК РЕЗУЛЬТАТ ПАТОЛОГІЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ. РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ, СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ВАЖЛИВІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ

Кафедра акушерства та гінекології №1

Т.В. Лобасова (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Міхуровий занесок (МЗ) – це доброякісна патологічна зміна росту та диференціювання трофобласту, що є результатом патологічного запліднення, при якому ворсинки хоріона перетворюються на міхурці, заповнені прозорою рідиною. Частота захворювання на сьогодні коливається від 1:1200 до 1:1500. Домінуючий контингент пацієнток – жінки репродуктивного та працездатного віку, окрім того актуальність даної проблеми обумовлена агресивним перебігом, що асоціюється з вагітністю. Міхуровий занесок виникає внаслідок запліднення порожньої (без'ядерної) яйцеклітини двома сперматозоїдами, що призводить до каріотипу 46.XY або 46.XX, або внаслідок фертилізації нормальної яйцеклітини двома сперматозоїдами одночасно і призводить до розвитку триплоїдного каріотипу з 69 хромосомами. У будь-якому випадку плід гине.

Мета: На основі сучасних даних літератури та макро- і мікроскопічного дослідження оцінити патогенез, сучасні методи діагностики та лікування міхурового занесу

Матеріали і методи: Проаналізовано 58 випадків міхурового занеску. Першу групу (33 осіб) склали жінки, в яких діагностовано міхурів занесок (основна група), другу групу (25 осіб) – здорові жінки (група порівняння). Використовувались дані з анамнезу *morbi* та *vitae*, лабораторні, інструментальні (УЗД, рентгенографія) та специфічні методи дослідження.

Результати: Міхуровий занесок клінічно проявляє себе такими симптомами: затримкою менструації, кров'янистими виділеннями, особливістю яких є наявність „світлих” проміжків і відсутність терапевтичного ефекту навіть від вишкрібання; болями внизу живота, які наростають з прогресуванням хвороби; раннім або пізнім гестозом; можливі також поява болю в грудній клітці, кровохаркання та кашель (що свідчить про наявність легневих метастазів); головний біль, зниження зору, поява парезів свідчить про можливі метастази у головний мозок. З анамнезу: ризик виникнення МЗ збільшується при наявності мимовільних абортів та перенесених МЗ. Вагінально: невідповідність розмірів матки терміну вагітності; у більших термінах не пропальповуються частини плода і не вислуховується його серцебиття, консистенція матки тістоподібна, щільнувата або еластична, відсутні рухи плода. Важливим методом у діагностиці є виявлення рівня хоріонічного гонадотропіну (ХГ) та трофобластичного β -глобуліну, який навіть за низьких концентрацій ХГ дає можливість виявити потенційно прогресуючі форми захворювань трофобласта. Діагноз підтверджується гістологічним дослідженням видаленої пухлини

Висновки: Отже, міхурів занесок – це стан, що супроводжується проліферацією трофобласту в порожнині матки. Це поширене захворювання генетичної патології, яке зустрічається переважно у жінок віком до 30 років і здатне прогресувати у злоякісні форми. Клініко- та патоморфологічні зміни залежать від виду МЗ. Вчасна діагностика та лікування МЗ дозволить істотно зменшити кількість онкогінекологічних захворювань серед жінок.

Шібу Шарен Сара, Б.В.Дністрянській, М.В. Собіборець
**РОЛЬ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА В ФУНКЦІОНУВАННІ ГІПОТАЛАМУС-ГІПОФІЗ-
ОВАРІАЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра акушерства і гінекології №1

А.П. Дністрянська (к.мед.н.,доц.)

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

Актуальність: Антимюллерів гормон або інгібуюча речовина Мюллера (АМГ) в процесі ембріонального розвитку секретується клітинами Сертолі і відповідає за регресію Мюллерова проток у чоловіків. У жінок від моменту народження і до настання менопаузи АМГ продукується гранульозними клітинами яєчників. Рівень антимюллерового гормону застосовується для оцінки передчасного або уповільненого статевого розвитку чоловіків і жінок; оваріального резерву у жінок спільно з визначенням інгібіна В (оцінка числа функціонально активних фолікулів в яєчниках жінки); це показник в діагностиці та моніторингу жінок з ановуляторним безпліддям; показник пухлинних процесів в гранульозних клітинах яєчників. У жінок синтез АМГ відбувається в гранульозних клітинах первинних фолікулів. Максимальна кількість АМГ в преантральних і антральних фолікулах, він не експресується домінуючими фолікулами. Виділяють дві основних дії АМГ на яєчник: він пригнічує первинні стадії росту фолікулів; пригнічує ФСГ-залежний ріст і селекцію преантральних і невеликих антральних фолікулів. Вважається, що АМГ не знаходиться під контролем гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ) і адекватно відображає кількість фолікулів. Тому його визначення є важливим маркером для визначення фолікулярного резерву яєчника (оцінка числа функціонально активних фолікулів в яєчниках жінки тобто кількість яйцеклітин у жінок в даний момент часу, які можуть бути використані для запліднення), також для оцінки оваріальної дисфункції і оваріального старіння. Знижені значення АМГ свідчать про зниження оваріального резерву.

Мета: Визначити співставність рівня антимюллерова гормона з оваріальним резервом яєчників у жінок з фізіологічним менструальним циклом та у жінок з ановуляторними циклами.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективне дослідження медичної документації 23 пацієток жіночої консультації пологового будинку №1 м. Вінниці. Проаналізовано результати рівнів антимюллерового гормону, вміст котрого визначали імуноферментним методом в венозній крові та результати ультразвукового дослідження із застосуванням УЗД-апарату. Результати досліджень оброблені за допомогою пакету прикладних програм Statistika.

Результати: Проаналізовано результати УЗД-дослідження та показники антимюллерового гормону у 14 жінок з ановуляторними циклами(група I) та у 9 жінок з фізіологічним менструальним циклом. (група II). Вік жінок I групи склав $32,3 \pm 4,5$ років, II групи $29,7 \pm 4,5$ років. Достовірної різниці між групами виявлено не було. Тип циклу визначався ультразвуковим методом. Серед жінок з ановуляторним циклом рівень антимюллерового гормону у 9 жінок був достовірно нижчим, ніж в групі з фізіологічним овуляторним менструальним циклом (відповідно $0,8 \pm 0,08$ нг/мл в I групі та $2,2 \pm 0,03$ нг/мл, ($p < 0,01$)). Досліджуючи оваріальний резерв яєчників було встановлено його зниження у цих пацієток. У решти 5 жінок з ановуляторним циклом рівень антимюллерового гормону був в межах реферативних величин $1,8 \pm 0,05$ нг/мл і суттєво не відрізнявся від показників контрольної групи ($p > 0,05$). У цих же жінок не виявлено зниження оваріального резерву, ановуляторний цикл обумовлений змінами гіпоталамо-гіпофізарної регуляції.

Висновки. Антимюллерів гормон відображає рівень оваріального резерву у жінок репродуктивного віку і є ефективним індикатором змін стану яєчників.

Х.В. Явдошняк

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У РІЗНОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ

Кафедра акушерства та гінекології

А.В. Семеняк (к.мед.н., доц.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Зі збільшенням тривалості життя жіночого населення особливого медико-соціального значення набувають питання старіння репродуктивної системи та народження дітей у пізньому репродуктивному віці. У 2001 р. створено робочу групу з метою вивчення етапів старіння репродуктивної системи жінок (Stages of Reproductive Aging Workshop – STRAW) з підліткового віку до менопаузи та постменопаузи. Запропоновано термінологію та визначено стадії старіння яєчників на основі показників менструального циклу і рівня гормонів. Система STRAW умовно розподіляє життя на репродуктивний період, менопаузальний перехід і постменопаузу. Репродуктивний період поділений на стадії -5, -4 та -3, які відповідають ранній стадії, стадії розквіту та пізній. У системі STRAW +10 вік не застосовується у якості критерію для визначення етапів старіння репродуктивної функції, має значення визначення оваріального резерву та регулярність менструального циклу.

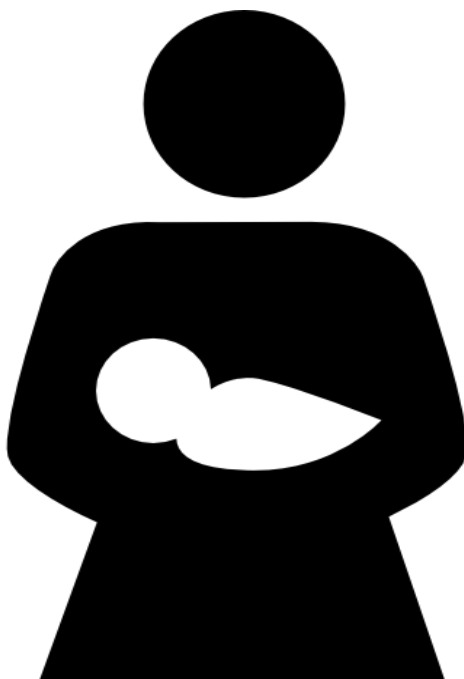
Мета: Вивчити особливості вагітності та пологів у різному репродуктивному віці на основі аналізу історій пологів, зокрема, наявність строкових і передчасних пологів, поява таких ускладнень, як невиношування вагітності, гестоз, аномалії пологової діяльності з необхідністю проведення медикаментозної стимуляції пологів, травми пологових шляхів.

Матеріали та методи: Проведено аналіз 90 історій пологів соматично здорових жінок. Для вікового поділу жінок на групи взято до уваги менструальний цикл, який є ознакою її старіння. Таким чином створено три вікові групи: до першої групи входили жінки у віці 18-22 років (ранній репродуктивний період) (30 жінок), до другої – у віці 23-34 років (розквіт) (30 жінок), до третьої – у віці 35-45 років (пізній репродуктивний період) (30 жінок).

Результати: у структурі ускладнень загроза переривання вагітності у першій групі становила 53,3 %, у другій – 24 %, у третій – 73,3 %, що потребувало додаткового призначення препаратів прогестерону. Поява раннього гестозу не значно залежала від віку, становила у групах 23,3 %, 16,7 %, 20 %. Пізній гестоз у першій групі діагностовано у 13,3 %, що було рідше, ніж у другій (20 %), та третій (26,7 %) групах. В 96,7 % другої та третьої груп пологи відбулися в строк, у першій групі строкові пологи були у 93,3 %, що значно не відрізнялося. Аномалії пологової діяльності у першій групі становили 33,3 %, у другій – 20 %, у третій – 23,3 %. Травми пологових шляхів частіше ускладнювали пологи у першій групі – 36,7 %, у другій та третій групах у 30 %.

Висновки: Перебіг вагітності та пологів, розвиток ускладнень залежить від віку: найбільш сприятливим для нормального перебігу є період розквіту, ранній репродуктивний вік призводить удвічі частіше до загрози переривання вагітності, в півтора рази до раннього гестозу та аномалій пологової діяльності, пізній репродуктивний вік сприяє загрози переривання вагітності утричі частіше, що необхідно враховувати при веденні вагітності з метою профілактики ускладнень.

ПЕДІАТРІЯ



PEDIATRICS

Alaa Osama Al-Omari, Ahmed Mohammed Hasavneh
**MONITORING OF THE TREATMENT EFFECT OF THE IMMUNE-BIOLOGICAL DEUGS IN PATIENTS
WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS**

Pediatric department № 2

Y. Vyzhga (prof. as)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnitsia, Ukraine

Objective: For present period of time main goal of the pediatric and rheumatology practices is to decrease intensity of the inflammatory and immune links of the pathogenesis of the juvenile rheumatoid arthritis (JRA), stop development of the dangerous systemic signs of the disease, prevent development destructive changes in the joints and achieve clinical and laboratory remission.

Goal of the study was to monitor effect of the basic treatment of the JRA with immune-biological drugs via on using of clear methotrexate.

Material and methods: We passed clinical and laboratory-instrumental control under 18 patients with JRA that received stable basic treatment. The average age of the patients was 12 (7,5;15) years. The duration of the disease was 28 (10;39) months. According to the presence of the immune-biological drugs in treatment course kids were divided on 2 groups: the first group was presented by 8 (44,4±3,11) % kids that except basic treatment (BT) received Humira or Aktemra; the second group was presented by 10 (55,6±3,06) % kids that received just metothrexate - 7,5 up to 15 mg/m²/week according the activity of the process, in 2,5 mg every 12 hours. Estimation of the effect of the basic treatment of JRA was carried out according to ACR criteria, stage of the functional insufficiency due to results of CHAQ.

Results of the 12 weeks monitoring after the beginning of the therapy in both groups were more meaning full as in clinical, as well in laboratory data. So in 7 (87,5±2,24) % kids of the first group we got ACR 50, in 1 (12,5±2,57) % – ACR 30. In the second group of the patients 2 (20,0±1,74) % patients achieved ACR 50 and 8 (80,0±2,5) % – ACR 30. Dynamic of the main laboratory signs of the inflammatory response demonstrated significant decreasing all of them in 12 weeks. The huge difference between two groups was presented according to the results of the CHAQ, with absolutely improved state of the kids of the first group and poorely improvement – up to 25 % - in the second.

Conclusions: Using of the immune-biological drugs in basic treatment of the JRA allowed increase functional condition and improve quality of life of the kids.

Ramesh Hitesh

CONGENITAL ZIKA SYNDROME

Department of pediatrics № 2

A.Yu.Zvenigorodska (Ph.D, prof.as.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnitsia, Ukraine

Introduction: Zika virus infection is among the nationally notifiable diseases all over the world. In March 2016, the WHO reported that Zika virus was actively circulating in 38 countries and territories. Spain has recorded the first case in Europe of a baby born with the microcephaly birth defect associated with the Zika virus in 2016.

Aim of the study is to estimate the complication of Zika viral infection in children.

Methods: Zika virus belongs to the *Flavivirus* genus; enveloped, single-stranded RNA virus. In most cases, Zika virus infection causes a mild, self-limited illness. The incubation period is likely 3-12 days. Owing to the mild nature of the disease, more than 80% of Zika virus infection cases likely go unnoticed. But Congenital Zika infection has been linked to a range of serious brain and central nervous system malformations in children.

Results: Distinctive features reported in Congenital Zika syndrome are: severe microcephaly (>3 SD below the mean), with findings consistent with fetal brain disruption sequence, including partially collapsed skull, overlapping cranial sutures, prominent occipital bone, redundant scalp skin, and neurologic impairment; brain anomalies, including cerebral cortex thinning, abnormal gyral patterns, increased fluid spaces, subcortical calcifications, corpus callosum anomalies, reduced white matter, and cerebellar vermis hypoplasia; ocular findings, such as macular scarring, focal pigmentary retinal mottling, structural anomalies (microphthalmia, coloboma, cataracts, and posterior anomalies), chorioretinal atrophy, and optic nerve hypoplasia/atrophy; congenital contractures, including unilateral or bilateral clubfoot and arthrogryposis multiplex congenita; and neurological impairments, such as pronounced early hypertonia/spasticity with extrapyramidal symptoms, motor disabilities, cognitive disabilities, hypotonia, irritability/excessive crying, tremors, swallowing dysfunction, vision impairment, hearing impairment, and epilepsy.

Conclusions: All pregnant women with a history of travel to an area of active Zika virus infection should undergo fetal ultrasonography to evaluate for microcephaly or intracranial calcifications. Detection of a fetal anomaly should be followed by amniocentesis for evaluation of intrauterine Zika virus infection. The WHO recommends that newborns born to mothers with Zika virus infection undergo head circumference measurement between 1 and 7 days after birth. A head circumference of more than 2 standard deviations below the mean is considered microcephaly; a circumference of

more than 3 standard deviations below the mean is classified as severe microcephaly, which should prompt neuroimaging.

The World Health Organization recommends that mothers with Zika virus infection still breastfeed their infants, including those born with microcephaly. Zika virus transmission via breast milk has not been documented.

The best method for preventing Zika virus infection is to avoid travel to areas with active Zika virus transmission.

Ю.І. Белякова

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ В ДІТЕЙ.

Кафедра педіатрії післядипломної освіти

О.Л. Таринська (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Н.А. Спринчук (к.м.н., ст.н.с.)

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка» НАМН України

м. Київ, Україна

Актуальність. На сьогодні цукровий діабет (ЦД) займає одне з провідних місць у структурі ендокринної патології і відноситься до однієї з головних науково-медичних та соціальних проблем. Це пов'язано із ростом поширеності ЦД, збільшенням кількості хворих з цією патологією та ранньою інвалідизацією хворих внаслідок тяжких діабетичних ускладнень. Основними складовими лікування ЦД 1 типу є введення інсуліну на тлі збалансованої дієти та дозованих фізичних навантажень під контролем глікемії. Інсулінова помпа (ІП) - це сучасний прилад для введення інсуліну в організм, альтернативний використанню шприців і шприц-ручок. ІП подає інсулін в безперервному індивідуально запрограмованому режимі, і в цьому її основна перевага перед традиційними ін'єкціями інсуліну. ІП максимально імітує роботу підшлункової залози здорової людини.

Мета. Покращити компенсацію ЦД 1 типу у дітей, зменшити ризик ранніх та пізніх ускладнень ЦД і підвищити соціальну адаптацію пацієнтів у суспільстві за допомогою використання інсулінової помпи.

Матеріали та методи. У відділенні дитячої ендокринної патології ДУ "Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка" НАМН України на обліку знаходиться більше ніж 100 дітей, хворих на ЦД 1 типу, віком від 4 до 17 років, які користуються ІП. Крім бажання пацієнта, виділяють основні показання для переходу на помпову інсулінотерапію: 1) декомпенсація ЦД (показник глікованого гемоглобіну вище 7,5%); 2) рівень глюкози в крові пацієнта часто і значно коливається; 3) часті прояви гіпоглікемії, зокрема важких і нічних; 4) феномен "ранкової зорі"; 5) схильність до ліподистрофій; 6) дитячий вік (в США близько 80% дітей, хворих на діабет використовують ІП, в Європі - близько 70%).

Результати. Аналізуючи результати щодо стану компенсації ЦД і самопочуття хворих, відмічено значне покращення рівню глікованого гемоглобіну: з $11,2 \pm 1,1\%$ на класичній інсулінотерапії до $6,8 \pm 0,7\%$ через 6 місяців після застосування ІП. Після переходу на введення інсуліну за допомогою ІП значно зменшилися випадки гіпоглікемії, особливо нічних. Кількість гіпоглікемічних епізодів знизилась, головним чином, за рахунок легких (цукор крові 3 - 4 ммоль/л) і тяжких (цукор крові нижче 2 ммоль/л з проявами запаморочення і втратою свідомості) гіпоглікемії, відповідно на 85,8% і 85%. Після призначення помпового введення інсуліну майже в 2 рази зменшилася кількість випадків на рік стійкого кетоацидозу, а також на 1/3 - 1/4 зменшилася добова доза інсуліну. В цілому, за умов переходу на ІП, стан хворих покращився, зменшилися головний біль і вегето-судинні прояви у вигляді пітливості, "перепадів" настрою, зменшився апетит, пройшов страх перед нічними гіпоглікеміями. Діти, хворі на діабет і їх батьки відчували більшу психологічну стабільність, в них з'явилася впевненість у завтрашньому дні та мотивація на чіткий і стабільний самоконтроль.

Висновки. Застосування інсулінових pomp у хворих на ЦД 1 типу є ефективним і найбільш фізіологічним методом інсулінотерапії, який значно покращує компенсацію ЦД і знижує ризик ускладнень цієї патології.

Т. П. Березівська

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ТОКСОКАРОЗУ У ДІТЕЙ.

Кафедра педіатрії №1

А.П. Коноплицька (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сучасному етапі увагу фахівців різних спеціальностей – педіатрів, інфекціоністів, офтальмологів, алергологів – привертає поширеність серед дитячого населення низки гельмінтозів зоонозного походження, зокрема токсакарозу. Тільки в США щорічно виявляють близько 10000 випадків токсакарозу. В Україні офіційно щорічно реєструють 300–400 тис. випадків гельмінтозів, із них 80% — серед дітей. Токсокароз – зоонозна інвазія, що характеризується поліморфізмом клінічних проявів, тривалим і рецидивуючим перебігом.

Мета: Оцінити особливості клінічного перебігу та діагностики токсакарозу у дітей, що знаходились на лікування у ВОДКЛ.

Матеріали та методи: Ретроспективно проаналізовані данні історій хвороб за 2015-2016 рр. і обстежено 15 дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні №2 ВОДКЛ з вересня 2016 р. по березень 2017 р.. Статистична обробка проводилась на персональному комп'ютері.

Результати: За 2015 рік з діагнозом токсокароз було проліковано 24 дитини, в 2016 – 33 хворих. Серед обстежених нами дітей було 7 (46,7%) дівчаток та 8 (53,33%) хлопчиків. Вік хворих від 4 до 17 років. Жителі сільської місцевості переважали над міськими жителями. У 8 хворих (53,3%) була наявна міхт-інвазія, лише токсокароз був у 7 (46,7%) хворих. У 46,7 % дітей токсокароз перебігав разом з аскаридозом, у 13,3% з лямбліозом. Серед скарг у хворих переважав біль в животі 93,3%, зниження апетиту у 60%, нудота та блювання у 40%, у 26,6 % висип та зуд шкіри, сухий кашель у 13,3%. Менш характерні клінічні ознаки, такі як діарея, закреп та здуття живота спостерігались поодинокі і склали 6,6%. Наявність ацетонемічного синдрому мала тенденцію у дітей молодшої вікової групи у 26,6% випадків. Наявність еозинофілії в ЗАК більше 5% було у 60% випадків, серед яких більше 10% еозинофілів у 13,3%, та більше 25% еозинофілів у 26,6%. Наявність я/г (аскарид) у копрограмі була у 26,6% дітей. Єдиним методом діагностики токсокар залишається визначення сумарних антитіл (Ig M+ Ig G). У половини обстежуваних дітей збільшення титру відмічалось більш ніж в 3 рази, а в ¼ досліджуваних перевищували більш ніж в 4. Серед змін на УЗД ОЧП переважало множинне враження мезентеріальних лімфатичних вузлів у 70% випадків та деформація жовчного міхура у 46,7%. Всі діти з діагнозом токсокароз були проконсультовані окулістом. Змін очного дна, зниження гостроти зору та іншої патології очей не було виявлено.

Висновки: На токсокароз частіше хворіють діти віком від 5 до 10 років у 46,7% випадків, переважно сільські жителі 53,3%, які мають в анамнезі часті контакти з собаками. Токсокароз перебігає у вигляді вісцеральної форми з клінікою абдомінального болю, мезаденіту, бронхоспазму та еозинофілії. Діагностика базується не лише на серологічному обстеженні, а й розгорнутій клінічній картині токсокарозу.

М.Г. Білень

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ СИНДРОМУ КОРНЕЛІЇ ДЕ ЛАНГЕ

Кафедра педіатрії №1

Н.І. Горобець (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Синдром Корнелії де Ланге (амстердамська карликовість) - це вроджений синдром, що проявляється поєднанням затримки фізичного та розумового розвитку, рядом характерних рис обличчя та у багатьох випадках аномаліями кінцівок. Дані про популяційну частоту синдрому значно варіюють – від 1:30000 новонароджених до 1:10000-12000. Тип успадкування не уточнений.

Мета: Проаналізувати клінічну картину синдрому Корнелії де Ланге на підставі даних літератури та опису клінічного випадку.

Матеріали та методи: Було проведено огляд літератури, що дав змогу виявити дані про історію відкриття, популяційну частоту, типові фенотипічні ознаки та аномалії розвитку, можливі причини та характер успадкування синдрому Корнелії де Ланге. Здійснено клінічне спостереження та проаналізовано історію хвороби дівчинки, віком 2 роки 6 місяців, із грубою затримкою статокінетичного, психомовного та інтелектуального розвитку внаслідок генетичного синдрому де Ланге, що знаходилась на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні ДКЛ №4 Солом'янського району міста Києва.

Результати: Дівчинка Р., віком 2 роки 6 місяців, була направлена у ДКЛ №4 м.Києва дільничним лікарем у зв'язку із затримкою стато-моторного розвитку. Скарги матері: млявість, слабкість, відставання в рості, опущення повік дитини. Дитина у терміні 34 тижні народилася від першої вагітності, що перебігала із загрозою переривання у термін 4, 5 і 12 тижень гестації. Маса при народженні – 1625 г, довжина тіла - 40 см. На 2 добу була переведена в міський перинатальний центр з діагнозом – гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, вроджена вада серця (тетрода Фалло), з приводу якої була згодом прооперована. В динаміці – психомоторний, статокінетичний, фізичний розвиток з грубою затримкою, запізнення прорізування зубів. Дівчинка мала типові фенотипові прояви: мікробрахіцефалія, лінія росту волосся на лобі та задній поверхні шиї розташована низько, синофрив (тонкі, густі, зроснені по середній лінії брови), довгі, густі, загнуті вії, двосторонній птоз, короткий ніс з вивернутими вперед ніздрями і втиснутим переніссям, збільшена відстань між основою носа і верхньою губою, тонкі губи з опущеними куточками, низько розташовані вушні раковини, мікрогенія, високе арковидне піднебіння, щілина піднебіння, синдактилія II і III пальців стоп, деформований I палець лівої кисті, поперечна долонна складка, циліндрична грудна клітка, гіпертрихоз. На підставі скарг, анамнезу життя і захворювання, особливостей фенотипу, неврологічного статусу, клінічної картини і результатів додаткових методів дослідження у дитини встановлено клінічний діагноз – синдром Корнелії де Ланге, вторинна мікроцефалія, двосторонній птоз. Була проведена симптоматична, протисудомна і седативна терапія. Застосовано ноотропи, анаболічні гормони (неробол, ретаболіл), вітаміни. Виписана у стані субкомпенсації.

Висновки: Діагностика синдрому Корнелії де Ланге ускладнена, оскільки здійснюється в основному на підставі фенотипічних ознак, а досить часто зустрічаються розумово відсталі діти з невеликим числом аномалій, що входять у даний синдром. Синдром Корнелії де Ланге характеризується поєднанням затримки фізичного та інтелектуального розвитку, специфічними рисами обличчя та аномаліями кінцівок. Необхідно брати до уваги те, що існує два варіанти розвитку даного захворювання з різним ступенем розумової відсталості.

В.М. Бондаренко
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра педіатрії № 1
О.С. Рубіна (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Неонатальна жовтяниця (жовтяниця новонароджених) розвивається у 60% у доношених новонароджених і у 80% у недоношених дітей. Практично в усіх новонароджених після народження спостерігається тимчасове підвищення рівня білірубіну в сироватці крові, але лише половина з них реалізує видиму жовтяницю. Однією з актуальних проблем сучасної неонатології є жовтяниця у новонароджених, частота яких останніми роками має тенденцію до зростання. Не дивлячись на численні дослідження, проведені в різні роки для вивчення цього поширеного стану періоду новонародженості, актуальність даної проблеми обумовлена тим, що неонатальна жовтяниця спостерігається у більшості новонароджених і переважно є фізіологічною, однак, в окремих дітей може перебігати патологічно, а також може бути симптомом численних захворювань. Рання діагностика і своєчасне лікування яких визначають подальший їх перебіг і прогноз (патологічна жовтяниця).

Мета: оцінити особливості клінічного перебігу неонатальної жовтяниці, а саме: вивчити рівень білірубіну у доношених та недоношених новонароджених, визначити які чинники найбільше впливають на розвиток неонатальної жовтяниці (термін гестації, посилення пологової діяльності, поліциємія, пологова травма).

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети та завдань нами було проаналізовано 660 історій хвороб пацієнтів (з них: доношених – 399, недоношених – 261), які перебували на стаціонарному лікуванні в Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні (ВОДКЛ) з 2015 по 2016 р. з приводу неонатальної жовтяниці. Для верифікації діагнозу нами застосовувалися такі методи дослідження: вивчення об'єктивних даних, лабораторних, термін гестації, оцінка по Апгар, важкість стану, оцінка по Крамеру, визначення ступеня доношеності.

Результати: Аналізуючи отримані дані, ми встановили, що за масою тіла: доношених – 485, недоношених: 1 ступінь - 105; 2 ступінь – 58; 3 ступінь – 11; 4 ступінь – 1. Серед хворих переважали новонароджені, які поступили до 14 днів – 578, після 21 дня – 82. Вструктурі захворюваності переважають такі фактори, які спричинили неонатальну жовтяницю: посилення пологової діяльності – 34, поліциємія – 40, пологова травма – 62. Оцінивши по шкалі Апгар, 450 новонароджених мали оцінку 7-8 балів, 90 новонароджених мали 5-6 балів, 77 новонароджених мали 9-10 балів, та 7 новонароджених мали оцінку 3-4 бали. Проаналізувавши 660 історій, було встановлено, що лише 32 новонароджених були вакциновані.

Висновки: Клінічні прояви та переважний механізм розвитку неонатальної жовтяниці залежить від терміну гестації, віку дитини, маси тіла, посилення пологової діяльності та пологової травми. Понад 70% доношених новонароджених мали неонатальну жовтяницю, серед яких 20% мали ускладнення від даного захворювання. 390 новонароджених мали середній ступінь важкості, 260 новонароджених мали важкий ступінь, і лише 10 новонароджених мали легкий ступінь важкості даного захворювання.

В.О. Велічко, Ю.І. Лобортас
РОТАЦИЗМ ЯК РІЗНОВИД ДИСЛАЛІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми
М.Р. Липко (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ротацизм, вада вимови звуків [p] та [p'], їх відсутність або спотворена вимова, є одним з найпоширеніших видів як органічних, так і функціональних форм дислалії. Вивчення етіології порушення слухової уваги, фонематичного сприймання та артикуляційної моторики у дитини є обов'язковими на шляху виправлення звуковимови.

Мета: Дослідження причин, видів, методів профілактики та лікування ротацизму, а також вправ артикуляційної гімнастики для розвитку правильного мовлення у дитячому віці.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел та медичних статей, описовий та метод спостереження.

Результати: До вроджених причин ротацизму відносять особливості будови язика, ясен та зубів, неправильний прикус, вкорочена або видовжена щелепа, травми язика, а також параліч або атонія його частини, вкорочена

під'язична зв'язка, недорозвинення фонематичного слуху. В свою чергу, фізична і неврологічна слабкість внаслідок хронічних захворювань, педагогічний недогляд, двомовність в сім'ї, наслідування дитиною неправильної вимови близької людини, є набутими причинами. Розрізняють наступні види ротацізму: відсутність звуку [р]; велярний (корінь язика наближається до м'якого піднебіння, так що видихуване повітря викликає вібрацію піднебіння, викликаючи шумне звучання [р]); увулярний (вимова [р] спотворюється за рахунок вібрації лише маленького язичка); бічний (при артикуляції звуків вібує не кінчик язика, а його бічна частина внаслідок анатомічних дефектів, звук [рл]); білабіальний (звук через вібрацію губ [прр]); щічний (струміль видихуваного повітря проходить між верхніми кутніми зубами та краями язика, визиваючи коливання щоки); інтердентальний (положення язика між зубами); фарингіальний (схожий на [р] хриплий звук між коренем язика і задньою стінкою глотки); назальний (обумовлений коливаннями між задньою поверхню м'якого піднебіння і задньою стінкою глотки) та багато інших. Частіше всього у дітей трапляються параротацізми – заміна [р], [р'] іншими звуками, наприклад, [г], [в], [л], [й]. Для профілактики порушень мовлення дітей велике значення має не лише пильний нагляд за звуками немовляти та правильна й чітка вимова слів батьками, а й період внутрішньоутробного розвитку, оскільки токсикоз, низький рівень гемоглобіну, вірусні та ендокринні захворювання, проблеми з тиском являються причинами затримки мови. Логопедичну роботу по виправленню вимови звуку [р] проводять в декілька етапів, послідовно використовуючи спеціальні артикуляційні вправи для досягнення правильного положення язика, а згодом для відпрацювання його вібрації.

Висновок: Таким чином, ротацізм у дітей при своєчасному виявленні, встановленні етіології та лікуванні не являтиметься проблемою, яка заважатиме вимовляти чітко звуки мовлення та комфортно почувати себе в суспільстві.

В.Ю. Вдовиченко, С.В. Цісарж

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Кафедра педіатрії №2

М.О. Шаламай (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Вроджена цитомегаловірусна інфекція набула важливе медико-соціальне значення у педіатрії, внаслідок великої вірогідності розвитку різних вад плода у новонароджених та високою летальністю цієї групи дітей. Захворювання характеризується генералізованістю процесу з поліорганими ураженнями, домінують ураження нервової та гепатобіліарної систем. Морфологічні зміни виявляються у різних органах та системах із формуванням інтерстичного чи кістозного фіброзу в органах-мішенях.

Мета: Розглянути клінічні ознаки даного захворювання та особливості діагностики.

Матеріали і методи: Загально-лабораторні, біохімічні, гістологічні, інструментальні, статистичні.

Результати: При первинному інфікуванні вагітної жінки до 50% становить ризик ураження плоду, при цьому маніфестна форма захворювання має місце у 27,3% новонароджених, які мали при народженні дуже малу вагу, а у 18,2% дітей спостерігалась екстримально мала вага, що впливає на перебіг неонатального періоду. З 2010 по 2014р.р. спостерігалось 39 дітей з вродженою цитомегаловірусною інфекцією в ВОДКЛ. Клінічно виражена жовтяниця у дітей супроводжувалась у 53,3% випадків вираженою гепатоспленомегалією. Відмічався геморагічний синдром, у вигляді петехіального висипу, в 33,3% новонароджених дітей. У 40% дітей спостерігався диспепсичний синдром, який потребував проведення інфузійної терапії. У 100% новонароджених мало місце ураження нервової системи різного ступеня важкості: 53,3%- гіпертензивно-гідроцефальний синдром, 20% дітей мали рухові дисфункції. Судомний синдром був у 1/3 хворих новонароджених дітей, 40% дітей мали вегетовісцеральні дисфункції, 26,6% - мікроцефалію. Спостерігалась велика варіабельність запального ураження нервової системи - від енцефаліту до менінгоенцефаліту.

Висновки: Вроджена цитомегаловірусна інфекція у дітей викликає велику стурбованість у педіатрів всього світу. Залишається ряд не вирішених завдань як у питаннях особливостей клінічного перебігу, так і у питаннях лікування внутрішньоутробних інфекцій плода та новонародженої дитини.

А.Ю. Годованюк

ФАКТОРИ РИЗИКУ БРОНХІОЛІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Кафедра педіатрії №1

О.В. Мазулов (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: Бронхіоліт – це гостре генералізоване обструктивне захворювання дистальних відділів дихальних шляхів. Це найбільш тяжкий клінічний варіант обструктивного бронхіту, частіше хворіють діти у віці 2-6 місяців життя. Зазвичай виникає на тлі РСВ інфекції.

Мета: Встановити фактори ризику виникнення бронхіоліту у дітей раннього віку.

Матеріали та методи: Було проведено ретроспективне дослідження 55 дітей з встановленим діагнозом бронхіоліт, які знаходились на стаціонарному лікуванні у ВОДКЛ.

Результати: Середній гестаційний вік дітей склав 38,9 тижнів (36-41 тиждень, 95% ДІ), лише одна дитина була народжена в гестаційному віці 30 тижнів. Середня маса тіла при народженні склала 3399 грам (2950-3680 грам, 95% ДІ), одна дитина була народжена з вагою 970 грам. Активне чи пасивне паління спостерігалось у 28 сім'ях (47%). Також було визначено, що в 22 сім'ях (40%) проживало більше однієї дитини. Грудне молоко після 6 місяців отримували 7 дітей (13%).

Висновки: Основними факторами ризику бронхіоліту були штучне вигодовування, пасивне паління та кількість дітей в сім'ї. Факторами, які не впливали на виникнення бронхіоліту, були гестаційний вік та маса тіла при народженні.

А.М. Гончарук

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МІКОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.С. Онофрійчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, щороку в світі реєструється близько 10 млрд випадків гострих респіраторних інфекцій. Згідно літературних даних, провідна роль в розвитку бронхолегеневих захворювань належить атипичним пневмотропним збудникам таким як, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. Мікоплазмова респіраторна інфекція – це гостре антропонозне інфекційне захворювання, що вражає дихальні шляхи, а також зумовлює розвиток пневмонії. Зустрічається у 20 – 40% випадків в педіатрії.

Мета: Встановити епідеміологічні аспекти та клінічні особливості перебігу мікоплазмової інфекції у дітей.

Матеріали і методи: Під спостереженням на клінічній базі кафедри дитячих інфекційних хвороб ВНМУ ім. М.І.Пирогова з 2015 р. по 2016 р. знаходилось 29 дітей [12 хлопчиків (41,3 %) та 17 дівчаток (58,7%)] хворих на мікоплазмоз. Серед хворих були діти від 6 міс. до 18 років. Середній вік склав 6,6 років.

Результати: В результаті дослідження встановлено, що респіраторні форми мікоплазмозу у всіх 29 пацієнтів були представлені у вигляді пневмонії (12 дітей – 41,3%) та гострого респіраторного захворювання (7 хворих – 24,2%), гострого (простого) бронхіту у 5-ти обстежених (17,3%), обструктивного бронхіту у 4-х хворих (13,7%) і урогенітального мікоплазмозу у однієї дитини – підлітка(3,5%). Діагностика мікоплазмозу у всіх 29 обстежених дітей (100 %) ґрунтувалась на підставі наявності IgM та G, A в сироватці крові. Результати серологічного обстеження показали, що переважна більшість дітей (65,5% хворих) мали гострі форми захворювання, що було підтверджено наявністю IgM, початок якого нагадував пневмонію. У 34,5% пацієнтів виявлено IgM та G, A до *M. pneumoniae* в сироватці крові, що вказувало на затяжний та рецидивуючий перебіг мікоплазмозу. Ведучим клінічним симптомом у дітей з мікоплазмовою інфекцією був кашель (73% випадків), в основному малопродуктивний; обструктивний синдром спостерігався у 19,2% випадків, катар верхніх дихальних шляхів – у 11,5% хворих, підвищення температури тіла – 23,1% пацієнтів. Мікоплазмоз верхніх дихальних шляхів діагностовано у 15 хворих (51,7 %) характеризувався поступовим початком із помірно вираженим інтоксикаційним синдромом та катаральними проявами. Слід відмітити, що у 6 із представлених хворих (20,7%) відмічався нападаподібний кашель, який часто сприймають як кашлюк. Значну роль займали пневмонії (41,3 % пацієнтів), тривалістю до 30 – 45 днів із затяжним, рецидивуючим перебігом. Одночасно із респіраторними проявами реєструвались ураження інших органів та систем. У 14 пацієнтів (48,2 % випадків) мала місце полілімфоаденопатія, у 10 дітей (34,5 % обстежених) діагностовано склерит, анемія зустрічалась у 8 хворих, що склало 27,6% хворих. У незначній кількості обстежених виявлено артралгії (6 хворих - 20,7 %) та ерітему (2 пацієнта - 6,9 %).

Висновки: Респіраторний мікоплазмоз зустрічається у дітей різних вікових категорій, має затяжний перебіг захворювання. Відсутність специфічних клінічних ознак утруднюють діагностику мікоплазмозу.

О.О. Градівський, К.А. Сербінова

ЕФЕКТИВНІСТЬ КІНЕЗИОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

Кафедра педіатрії №2

Н.І. Сінчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Муковісцидоз (МВ) одне з найпоширеніших орфанних захворювань (частота МВ в Європі 1:2500, в Україні 1:2400). В реєстрі України біля 600 хворих на МВ. МВ універсальна ендокринопатія. Інвалідизація хворих на МВ настає практично з народження, через секрецію залозами бронхіального дерева в'язкого секрету. Прогноз захворювання залежить від хронізації інфекції дихальних шляхів, тому важливе значення має правильне лікування хворих на МВ та комплайнс між хворим, його родиною та лікарем. Стосовно лікування хронічної інфекції дихальних шляхів: антибактеріальна терапія, дорназа альфа є кошторисними і

сім'я їх купує самостійно. Лише у 2017 році вперше в Україні проведено державну закупівлю дорнази альфа. Важлива роль кінезотерапії - відновити правильний респіраторний рух, очистити бронхіальне дерево від мокротиння, підтримувати легені в нормальному функціональному стані. Тому щоденне та правильне виконання кінезотерапії є запорукою зменшення частоти загострень, і як наслідок покращення якості та подовження тривалості життя хворих на МВ.

Мета: Дослідити правильність, ефективність та якість виконання кінезіотерапії хворими на МВ вдома та під час стаціонарного лікування в ВОДКЛ.

Матеріали та методи: На базі пульмонологічного відділення ВОДКЛ нами обстежено 10 хворих віком від 2 до 14 років хворих на МВ з панкреатичною недостатністю, які отримували в тому числі і кінезіотерапію за період 2016р., 2017р. Лікування отримували згідно протоколу МОЗ України №723 від 15.07.2016р.

Результати: Як показав контроль за проведенням кінезіотерапії у 80% методика виконання була неправильною, а контроль батьків був недостатнім. 70% пацієнтів виконували кінезіотерапію не тривало за часом та лише 1-2 рази на добу, що є вкрай недостатнім.

Висновки: Результати показують про недооцінку важливості проведення кінезіотерапії як одного із найефективніших методів лікування. Про нагальну потребу навчання членів родини та самих хворих методиці виконання вправ. Необхідність звернути увагу сімейних лікарів та дільничних педіатрів на важливість контролю за якістю виконання кінезіотерапії хворими на МВ вдома.

М.Я. Гула

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБТЯЖЕНИМ АНАМНЕЗОМ

Кафедра педіатрії №1

В.А. Антоненко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Профілактичне щеплення є найефективнішим способом захисту від інфекційних захворювань . Щепленню підлягають усі новонароджені за відсутності протипоказань у пологовому стаціонарі , а надалі у поліклінічних відділеннях . Наявність обтяженого анамнезу дитини складає труднощі для проведення імунізації і підштовхує батьків відмовитись від вакцинації . Проте саме дана група дітей має найбільшу необхідність у захисті від інфекційних захворювань .

Мета : Вивчити особливості вакцинації у дітей із обтяженим анамнезом та провести аналіз змін лабораторних показників на тлі імунізації .

Матеріали і методи : Було створено 2 групи для дослідження : 86 дітей , яким проведено профілактичне щеплення на базі Вінницького ЦПМСД №5 та 19 дітей вакцинованих у педіатричному відділенні №2 ВОДКЛ протягом 2010-2015 років . До уваги взято особливості стану дитини на момент вакцинації та фактори , що змінюють імунну реакцію організму дітей .

Результати: При проведенні планової імунізації на базі ЦПМСД №5 було виявлено, що у 6 дітей (7%) відмічалась побічна реакція у вигляді гіпертермії до 39.0-39.6°C і супроводжувалась відхиленням лабораторних показників від нормальних, що стало підставою для госпіталізації їх у стаціонар та проведення лікування. Це діти з обтяженим анамнезом: патологією вагітності , захворюваннями алергічної етіології , тимомегалією , рахітом , анеміями . У педіатричному відділенні №2 ВОДКЛ було імунізовано : 9 дітей (47%) з спадковими гемолітичними анеміями , у яких протягом перших діб спостерігались посилення проявів анемії та ретикулоцитозу , після інфузійної терапії відмічалось покращення стану у кореляції з показниками крові ; 4 дитини (21%) з алергічними захворюваннями , у 1 дитини (5%) спостерігався гіпертермічний синдром (39.0°C) , еозинофілія протягом кількох діб , проте після призначеного лікування стан покращився ; 4 дитини (21%) із синдромом порушеного кишкового всмоктування , у яких на 2 добу після вакцинації спостерігався лімфоцитоз та субфебрилітет , після призначення інфузійної терапії показники знаходились в межах норми .

Висновки: Для запобігання можливих негативних наслідків профілактичних щеплень необхідно забезпечити правильний відбір дітей , які підлягають вакцинації для виявлення протипоказань , огляд дитини педіатром та за необхідністю консультації алерголога , імунолога , дитячого невролога , кардіолога , нефролога , дитячого пульмолога , у поствакцинальний період за дітьми повинно бути організоване спостереження . Саме тому , зважаючи на більш часте виникнення ускладнень у поствакцинальний період , дітям з обтяженим анамнезом доцільно проводити щеплення в умовах стаціонару

Ю.А. Гушинець, В.М. Бондаренко
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії № 2

Т.Г. Король (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Злоякісні пухлини кровотворної та лімфатичної систем - одна з найважливіших проблем сучасної медицини. Лейкози займають перше місце серед злоякісних новоутворень у дітей і спостерігаються з частотою 4-5 випадків на 100 000 дитячого населення. Пік захворюваності припадає на вік 2-4 роки. В дитячому віці гострий лейкоз діагностують частіше, ніж інші онкологічні захворювання. Актуальною проблемою педіатрії є помічена в останні роки тенденція до зростання захворюваності лейкозом серед дітей із високим процентом летальності.

Мета: Оцінити особливості клінічного перебігу гострого лейкозу у дітей.

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети та завдань нами було проаналізовано 75 історій хвороб пацієнтів (43 хлопчики та 32 дівчинки), які перебували на стаціонарному лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні (ВОДКЛ) з 2010 по 2016 р. з приводу гострого лейкозу. Для верифікації діагнозу нами застосовувалися такі методи дослідження: вивчення об'єктивних даних, лабораторних (гематологічний та біохімічний аналіз крові), дослідження кісткового мозку (морфологічне, цитогенетичне, цитохімічне та імунофенотипування).

Результати: Аналізуючи отримані дані, ми встановили, що середній вік пацієнтів становив 7,7 років. Серед хворих переважали хлопчики - 43 дитини (57%). В структурі захворюваності переважає ГЛЛ (90%) 67 дітей, мієлобластний - 8 дітей (10%). Аналіз розподілу дітей за віком показав, що найчастіше хворіють діти від 1 до 5 років (43%). За ФАБ класифікацією переважає тип L1 - 49 дітей (65%). Ураження ЦНС спостерігалось в 15 дітей (20%). Цитогенетичне дослідження встановило наявність транслокацій у 3 дітей (4%), а саме з t(8;21), t(11;19), inv(16)(p13q22)/t(16 16)(p13 q22). Рецидиви захворювання спостерігались у 18 дітей (24%) з найбільшою частотою у 2015 (28%), з них у 2 дітей (13%) пов'язані із транслокацією t(8;21) та t(11;19). Згідно стратифікації пацієнтів за групами ризику 52 дитини (69%) віднесено до групи середнього ризику, а 23 дитини (31%) - до груп високого ризику. За формою ініціального лейкоцитозу переважає лейкопенічна форма у 52 дітей (70%). Трансплантацію кісткового мозку провели 5 дітям (7%). Летальність зареєстрована у 6 випадках - 8%.

Висновки: Понад 90% пацієнтів мали ГЛЛ, серед якого переважав common-тип 45 дітей 65%. Найгірший прогноз був у дітей віком до 2 років, які мали нейрорлейкоз на момент встановлення діагнозу, Т клітинний варіант лейкозу, гіперлейкоцитоз. Прогностично сприятливими факторами є: гострий лімфобластний лейкоз L1 типу, досягнення ремісії на 15-й день протоколу №1, вік дітей від 2 до 10 років. У дівчаток ймовірність вилікувати гострий лімфобластний лейкоз є децю вищою, ніж у хлопчиків.

О.А.Гусак О.О.Білик

**ВПЛИВ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ НА РОЗВИТОК ПЛОДА ТА ДІТЕЙ У
РАНЬОМУ ДИТЯЧОМУ ВІЦІ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.І.Лайко (к.мед.н., доц.), І.В. Чигір (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В організмі жінки вагітність викликає зміни, які забезпечують оптимальні умови для розвитку плода та перебігу пологів. В останні роки спостерігається збільшення частоти випадків залізодефіцитних станів (ЗДС) серед вагітних з відсутністю тенденції до зниження. За даними МОЗ, частота залізодефіцитних анемії (ЗДА) у вагітних у різних країнах коливається від 21% до 80%, якщо оцінювати за рівнем гемоглобіну, та від 49% до 99% - за рівнем сироваткового заліза. Слід зазначити, що одним із важливих чинників, що сприяє підвищенню рівня захворюваності серед дітей в Україні є пренатальний дефіцит заліза в організмі плода. ЗДС матері під час вагітності має значний вплив на подальший розвиток дитини, особливо у перші 2 роки життя.

Мета: Вивчити показники периферичної крові у жінок у різні терміни вагітності з нормальним перебігом. Встановити залежність між показниками червоної крові, рівнем сироваткового заліза та частотою виникнення патологій розвитку у ранньому дитячому віці.

Матеріали та методи: Оцінено результати дослідження периферичної крові в 50 вагітних при першому відвідуванні гінеколога, у I, II та III триместрах. Проаналізовано наслідки негативного впливу дефіциту заліза на організм матері та дитини.

Результати: ЗДА у вагітних - стан зумовлений зниженням рівня сироваткового заліза в крові і кістковому мозку внаслідок гемодилуції, депонування заліза у фетоплацентарному комплексі, підвищеними витратами на кровотворення плода, порушення процесів всмоктування мікроелементів. У динаміці (чотири рази) досліджували кількість гемоглобіну, еритроцитів, колірний показник та рівень сироваткового заліза. Згідно з

нашими дослідженнями, наприкінці вагітності у 27 жінок, що становить 54% від загальної кількості досліджуваних, спостерігалось зниження рівня гемоглобіну ≤ 110 та зниження рівня сироваткового заліза до 10 мкмоль/л. Дефіцит заліза впливає не лише на перебіг вагітності й внутрішньоутробний період розвитку, цей мікроелемент є одним з головних чинників, що впливає на подальший розвиток дитини. ДЗ збільшує число частохворюючих дітей у 4,5 рази. У структурі захворювання переважають анемічні стани (ЗДС-41%, ЗДА-30%), ГРВІ-31% та кишкові інфекції -12,5%. У 56% дітей відмічалися явища рахіту. Спостерігалися часті випадки харчової алергії, що пов'язані з розвитком ентеропатій та порушенням місцевого імунітету ШКТ. Підтверджено провідну роль ДЗ у розвитку імунодефіцитних станів та збільшенні частоти захворювання та смертності від пневмонії у сидеропенічних дітей. Про багатогранний вплив дефіциту Fe на ЦНС та пластичні процеси головного мозку свідчать порушення пам'яті, інтелектуальних здібностей та психічної поведінки дітей у ранньому дитячому віці.

Висновок: Наведені факти є підґрунтям для перегляду впливу заліза на розвиток дитини - впливу, що виходить далеко за межі існуючих знань про роль Fe у трофічних порушеннях або виключно у анемічних станах. ЗДА матері під час вагітності спричиняє відставання як у фізичному, так і психомоторному, інтелектуальному розвитку та може призводити до анемізації дитини.

В.В. Дем'янишина

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВІТАМІНУ ДЗ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Муковісцидоз (МВ) є найбільш поширеним спадковим захворюванням із аутосомно-рецесивним типом успадкуванням, яке різко знижує тривалість та якість життя пацієнтів без адекватного лікування. Легені являються органом, який страждає найбільше внаслідок хронічного запального процесу та діяльності агресивної мікрофлори. Вивчення клініко-лабораторної ефективності застосування вітаміну ДЗ в терапії хворих МВ з інфекційними бронхолегеневими ускладненнями являється актуальним завданням на сьогодні, адже вітамін ДЗ впливає на механізми неспецифічного захисту респіраторного тракту від інфекційних агентів та систему імунної специфічної відповіді.

Мета: З'ясувати клініко-патогенетичне значення вітаміну ДЗ у дітей, хворих на муковісцидоз.

Матеріали та методи: Обстежено 87 дітей хворих на муковісцидоз, віком від 2 місяців до 17 років (середній вік $9,48 \pm 0,57$ років). Всім проводились загальноклінічні обстеження та у 74 дітей визначався у сироватці крові вміст вітаміну Д3 імуноферментним методом за набором "25-OH-Vitamin D-ELISA".

Результати: Серед обстежених дітей 27 (36,5%) мали оптимальний рівень вітаміну Д3, 43 дитини (58,1%) мали знижений рівень вітаміну та у 4 хворих (5,4%) визначалась недостатність. Середній вік хворих із оптимальним рівнем 25-ОН-Д складав $11,26 \pm 0,95$ років, зниженим – $9,33 \pm 0,63$ років, недостатнім – $8,25 \pm 1,88$ років. У дітей із панкреатичною недостатністю відмічався знижений рівень холекальциферолу та складав $28,77 \pm 0,85$ нг/мл. У хворих без панкреатичної недостатності дефіциту не виявлялось та вміст вітаміну Д3 був набагато вищий – $37,15 \pm 10,65$ нг/мл. В періоді ремісії середній рівень 25-ОН-Д складав $26,16 \pm 1,21$ нг/мл, тоді як в загостренні був практично достатній – $29,85 \pm 1,04$ нг/мл. У хворих, які мали у копрограмі велику кількість нейтрального жиру, середній рівень вітаміну Д3 був знижений та складав $27,95 \pm 0,98$ нг/мл. У кого змін у копрограмі не було, рівень вітаміну був достатній - $30,35 \pm 1,47$ нг/мл. У дітей із оптимальним вмістом 25-ОН-Д показники функції зовнішнього дихання вищі та ознаки обструктивно-рестриктивних порушень менш виражені, ніж при зниженому рівні вітаміну Д3. Хворі, інфіковані Ps. Aeruginosa, Str. Agalactiae, St.pneumoniae мали найменші показники вітаміну Д3, та становили $27,60 \pm 1,42$, $25,81 \pm 1,98$ та $26,25 \pm 3,37$ відповідно.

Висновки: Серед обстежених дітей 63,5% мали низький рівень вітаміну Д3. Найбільша недостатність 25-ОН-Д спостерігалась у дітей віком $8,25 \pm 1,88$ років. У дітей з панкреатичною недостатністю рівень вітаміну Д3 був в 1,3 рази менший, ніж у дітей без панкреатичної недостатності. Показники спірометрії у дітей із оптимальним рівнем вітаміну були в середньому на 10% вищі, ніж у дітей із зниженим. Хворі, інфіковані Ps. Aeruginosa, Str. Agalactiae, St. pneumoniae мали найменші показники вітаміну Д3. Отримані результати вказують на перспективність подальших клінічних досліджень ефективності застосування вітаміну Д3 в терапії хворих МВ.

О.В. Жураховська, О.О. Мельник
**КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІСТІОЦИТОЗУ
У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії № 2

Т.Г. Король (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: Гістіоцитоз належить до групи захворювань, що об'єднані проліферативними процесами моноцитарно-макрофагальної системи. Захворюваність складає близько 2 випадків на 1 млн. дитячого населення віком від 0 до 15 років, частіше діагностується в віці від 0 до 4 років та переважає у хлопчиків. Етіологія та патогенез хвороби остаточно нез'ясовані. Однак існують різні теорії походження даної патології: імунологічна, інфекційна тощо. Макрофаги знаходяться практично в усіх тканинах організму, забезпечуючи імунну відповідь організму на попадання інфекційних та чужорідних агентів. Неконтрольована активація макрофагів призводить до нерегульованого фагоцитозу клітин крові. Одним із варіантів атипичної відповіді є розвиток гістіоцитарного проліферативного синдрому реактивного та пухлинного характеру.

Мета: Оцінити клінічні та параклінічні особливості перебігу гістіоцитозу у дітей.

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети та завдань нами був проведений ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 13 дітей, які лікувались в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні (ВОДКЛ) з січня 2014 р. по грудень 2016 р. з приводу гістіоцитозу. Для верифікації діагнозу нами застосовувались такі методи дослідження: вивчення об'єктивних даних, лабораторних та інструментальних досліджень, пункційної та трепанобіопсії кісткового мозку. Діагноз в усіх хворих був підтверджений гістологічним дослідженням біоптату ураженого органа чи тканини та імуногістохімічним дослідження патологічного субстрату.

Результати: Проведення ретроспективних досліджень 13 історій хвороб дітей, хворих на гістіоцитоз показав, що середній вік пацієнтів становив 5,2 років. Серед хворих переважали хлопчики (58%) віком від 2 до 9 р. В структурі захворюваності переважали форми дитячого гістіоцитозу, пов'язані з патологією дендритних клітин (гістіоцитоз з клітин Лангерганса) – у 12 дітей (92%) і у 1 дитини (8%) спостерігавсь гістіоцитарний синдром, пов'язаний з патологією макрофагів (сімейно-спадковий та вторинний гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз, асоційований з герпетичною інфекцією). У 4 (40%) дітей з гістіоцитозом Лангергарса мали місце мультифокальні форми. Для верифікації діагнозу було проведено гістологічне дослідження біоптату кісткового мозку — у 2 (15 %) осіб і кісткової тканини — у 5 (42 %) хворих. Летальність зареєстрована в одному випадку, що склало 7,7%. Трансплантацію кісткового мозку виконано 1 (7,7%) пацієнту. По даним радіологічних досліджень у 6 (46%) дітей було ураження кісток, у 4 (31%) ураження легень, у 1 (7,7) кістковий мозок. За даними УЗД збільшення печінки було у 4 (25%) хворих.

Висновки: Гістіоцитоз є доволі рідкісним захворюванням дитячого віку, що частіше спостерігається у хлопчиків перших чотирьох років життя. В структурі захворюваності домінує гістіоцитоз, пов'язаний з патологією дендритних клітин (92%), мультифокальна форма (40%).

А.С. Заяц

ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СПІНАЛЬНОЇ ПОЛОГОВОЇ ТРАВМИ

Кафедра педіатрії №1

О.А. Биковська (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: Пологова травма являє собою патологічний стан, який розвивається під час пологів і характеризується ушкодженнями тканин і органів новонародженого, що супроводжуються зазвичай розладом їх функцій. За даними літератури, частота пологової травми становить від 3 % до 40 %. Особливе місце серед пологового травматизму займають пошкодження шийного відділу хребта та спинного мозку, які є однією з найменш вивчених проблем у неонатології та характеризуються динамічним підвивихом в атланти-окципітальному та атланти-аксіальному суглобах, що призводить до розвитку нестабільності у краніо-вертебральній зоні. Пологові ушкодження шийного відділу хребта та спинного мозку у новонароджених мають істотний вплив на подальше фізичне здоров'я та інтелектуальний розвиток дитини.

Мета роботи: Дослідження чинників ризику розвитку спінальної пологової травми у доношених новонароджених.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективне дослідження історій хвороб новонароджених дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в неонатальному центрі ВОДКЛ протягом 2016 року. Критерії, які були включені до дослідження: маса тіла при народженні більше 2500 г, гестаційний вік більше 37 тижнів. Критерії виключення: вроджені вади розвитку, наявність генетичної патології. Статистична обробка результатів проводилась з використанням пакету програм Microsoft Excel, Windows XP.

Результати: Нами було проаналізовано 648 історій хвороб новонароджених дітей, які народилися з гестаційним віком більше 37 тижнів та масою тіла більше 2500 грам. Проведений аналіз показав, що діагноз спінальної пологової травми мали 27 новонароджених, що становить 4,2 %. Гестаційний вік дітей з спінальною травмою коливався від 38 до 42 тижнів, середній гестаційний вік дітей становив $39,8 \pm 0,5$ тижнів. Маса тіла при народженні коливалась від 3300 до 4430 грам, середня маса становила $3865 \pm 78,2$ грам. Хлопчики хворіли частіше ніж дівчатка: хлопчиків було 18 (67 %), дівчаток – 9 (33 %). Як свідчать отримані дані, вік породіль коливався від 21 до 35 років, середній вік становив $27,3 \pm 0,7$ років. Ускладнений перебіг вагітності мав місце у кожної другої жінки: загроза переривання вагітності (51,8 %), анемія (59,3 %), перенесені вірусні інфекції під час вагітності (18,5 %), гіпоплазія плаценти (11,1%), передчасне дозрівання плаценти (11,1%), наявність соматичної патології матері (14,8%). У 81,5 % породіль мала місце слабкість пологової діяльності, при цьому у 51,8 % породіль – з передчасним відходженням навколоплідних вод, стрімкий перебіг пологів мав місце у 7,4 % жінок, частота утрудненого виведення голівки та плечиків спостерігалася в 11,1 % випадків, кесарів розтин виконувався у 7,4 % жінок. Аналіз стану новонароджених показав, що 41% дітей народилися у важкому стані, про що свідчить низька оцінка за шкалою Апгар. В структурі спінальної пологової травми провідне місце займав ротаційний підвивих С1 з ураженням міжхребцевого диску, який був виявлений у 19 дітей, що становить 70 %. Ротаційний підвивих С1 без ураження міжхребцевого диску мав місце у 6 дітей, що становить 22 %; дислокація зубоподібного відростку С2 з розтягненням комплексу зв'язок була діагностована у 4 % новонароджених, та розтягнення шийного відділу хребта – у 4 %. У 68 % новонароджених ротаційні підвивихи шийних хребців поєднувалися з деформацією анатомічного ходу хребтових артерій.

Висновки: Проведений аналіз показав, що основними чинниками ризику розвитку спінальної пологової травми у доношених новонароджених є ускладнений перебіг вагітності та пологів, супутня соматична патологія у жінки, макросомія. Встановлена висока частота порушення анатомічного ходу хребтових артерій при ротаційних підвивихах шийних хребців.

Л.В. Закліцька, О.О. Штокало

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ З ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ У ДІТЕЙ З КЕТОАЦИДОЗОМ НА ТЛІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Однією з важливих проблем у сучасній дитячій інфектології є ротавірусна інфекція з надлишковим утворенням кетонів тіл, що займає провідну позицію в структурі захворюваності дітей раннього віку, несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування якого погіршує перебіг основного захворювання та може призвести до летального наслідку.

Мета: Порівняльний аналіз клініко-лабораторних показників лікування препаратами на основі L-орнітину-L-аспартату та аргініну цитрату в поєднанні з бетаїном в дітей, що хворі на гострий ротавірусний гастроентероколіт з проявами кетоацидозу.

Матеріали та методи: Проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 58 дітей віком від 8 місяців до 7 років з проявами кетоацидозу на тлі ротавірусної інфекції, що перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній дитячій інфекційній лікарні з листопада 2016 по січень 2017 року. Сформовані дві клінічні групи в кількості по 29 осіб у залежності від призначення медикаментозної корекції кетоацидозу на тлі базисної терапії: перша – приймала препарат з вмістом L-орнітину-L-аспартату, друга – аргініну та бетаїну.

Результати: За модифікованою шкалою Vesikari відзначена середня важкість перебігу в 45 дітей (78%) , важкий перебіг – 13 (22%) . Ацетонурія при госпіталізації становила “++++” у 14 випадках (24%), “+++” – 32 (55%), “++” – 12 (21%). На 3 добу в першій групі кетонурія залишилась у 4 (14%), а в другій – 17(59%). Порівняльний аналіз ефективності запропонованих схем лікування показав, що у дітей першої групи спостерігали позитивну динаміку клінічних проявів захворювання (припинення блювання, покращення апетиту, зменшення кратності випорожнень, нормалізація загального стану дітей) на $2 \pm 0,5$ добу, другої групи – на $4 \pm 0,5$ добу. Припинення блювання в 26 пацієнтів (90%) першої групи було на 2 добу, а в 3 (10%) – на 1 добу. У більшості дітей другої групи – 25 (86%) це відбулося на 3 добу, а в 4 (14%) – на 4 добу. В усіх хворих при госпіталізації при копрологічному дослідженні виявлено стеаторею, яка на 3 добу в першій групі залишилась у 3 осіб (10%) , а в другій – 13 (45%). Інфузійну терапію потребували всі пацієнти другої клінічної групи та 27 (93%) першої, при тому вона тривала в середньому на 1,5 дні менше у першій групі. Середня тривалість перебування на стаціонарному лікуванні у першій групі складала 4 доби, тоді як у другій – 5,5.

Висновки: Отримані результати засвідчили, що клінічні прояви кетоацидозу та кишкової інфекції зникли значно швидше у пацієнтів, котрі приймали препарат з L-орнітином-L-аспартатом, ніж при лікуванні з аргініном цитратом та бетаїном. Дані лабораторних досліджень також підтвердили більшу ефективність препарату в першій клінічній групі. Тому застосування схеми комплексного лікування даного синдрому, яка

включає препарат на основі L-орнітину-L-аспартату, є найбільш доцільним у дітей з ротавірусним гастроентероколітом.

Д.Й. Кароль, Т.О. Лазуркевич
СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК – ПЕРЕБІГ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ.

Кафедра педіатрії
О.В. Лазуркевич (ас.)
Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: Системний червоний вовчак – одне з найпоширеніших системних дифузних захворювань сполучної тканини невідомої етіології, яке виникає на основі генетично зумовленої недосконалої імунорегуляторних процесів. Поширеність СЧВ в Україні становить 10-30 на 100 тис. дитячого населення.

Мета: вивчити основні закономірності перебігу, клінічних проявів та різних методів діагностики і лікування СЧВ у дітей.

Матеріали і методи : Під спостереженням було 5 дітей з діагнозом системний червоний вовчак, які перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. Методи дослідження включали аналіз результатів клінічних, біохімічних і імунологічних аналізів крові, і сечі, інструментальних методів: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і нирок, ЕКГ, ЕхоКГ, опрацювались дані історії хвороби.

Результати : вікова категорія дітей, які були під спостереженням - від 1,5 до 18 років, всі дівчатка. Ураження шкіри та її придатків виявлено у 5 дітей (100%), ураження суглобів у 2 дітей (40%), ураження нирок виявлено у 3 випадків (60%), зокрема у 1 дитини хвороба мала дебют у вигляді люпус-нефриту, IV клас (20%). У всіх дітей були наявні антинуклеарні антитіла (АНА) до нативної ДНК (100 %). В 1 дитини виявлені клітини Тара (20%) і в одній РФ (20%). I ст. активності мали 2 дітей (40%), II ст.-2 (40%), III ст.- 1 дитина (20%).

Висновки: Таким чином, можна зазначити, що серед хворих переважають особи жіночої статі. Діапазон дебюту хвороби- 6-12 років. Частіше хвороба у дитячому віці маніфестує шкірними проявами, полілімфаденопатією, але також можливий варіант з первинним ураженням нирок у вигляді люпус-нефриту. З лабораторних методів діагностики найбільш достовірним показником виявився наявність АНА до нативної ДНК.

О.О. Калашнікова
СИНДРОМ РАПТОВОЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ. ЕТІОЛОГІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ

Кафедра педіатрії №1
Т.В. Чекотун (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Одне з перших місць серед причин постнеонатальної малюкової смерті протягом останніх двох десятиліть займає синдром раптової дитячої смерті (СРДС), реєстрація випадків якого проводиться у всіх країнах світу, незалежно від рівня соціально-економічного розвитку. СРДС не має чітко визначених причин та механізмів розвитку, тому проблема залишається досить актуальною на даний момент. Активно розробляються профілактичні заходи щодо запобігання виникнення СРДС.

Мета: Вивчити та проаналізувати статистичні дані СРДС, теоретично обґрунтувати ймовірні етіологічні фактори, механізми та закономірності танатогенезу.

Результати: За даними ВООЗ, частка цього синдрому в структурі малюкової смертності у різних країнах становить від 15% до 33%. В Україні статистичні дані щодо частоти розвитку СРДС неоднозначні. За статистичними даними МОЗ України за останні роки 65% померлих дітей від синдрому раптової дитячої смертності є немовлята чоловічої статі. 90% випадків СРДС припадає на вік 2 – 4 місяці, у 43% дітей напередодні смерті з'являлися ознаки ГРВІ. За даними літератури, основними факторами ризику СРДС є: виникнення смерті уві сні, в положенні на животі, вік дитини 2-3 місяці; недоношені і діти, народжені з малою масою тіла; вплив нікотину або інших компонентів цигаркового диму і алкоголю під час вагітності; попередні симптоми респіраторної інфекції. Механізми розвитку в даний час активно вивчаються, але безсумнівно є гостре, раптово виникаюче вітальне порушення основних функцій життєдіяльності організму у дитини з виразною дезадаптацією в постнатальному періоді. У результаті численних досліджень з проблеми СРДС, була запропонована модель потрійного ризику. Згідно з цією моделлю, у патогенезі синдрому основну роль відіграє взаємодія кількох факторів: вихідна морфофункціональна незрілість, вразливість немовляти до впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища; критичний період розвитку (на першому році життя це вік 2–4 міс.); екзогенний стресорний фактор, що призводить до різкого порушення гомеостазу.

Висновки: отже, дана патологія займає досить велику частку у структурі дитячої смертності. Визначені основні закономірності її розвитку: виникає переважно уві сні, в положенні на животі, до факторів ризику слід віднести

недоношеність, народження з малою масою тіла, чоловіча стать, вплив нікотину або інших компонентів цигаркового диму і алкоголю під час вагітності, попередні симптоми респіраторної інфекції. Також обґрунтовані основні патогенетичні ланки даного синдрому: морфофункціональна незрілість, низька резистентність до впливу зовнішнього середовища, критичний період розвитку, екзогенний стресорний фактор.

В.Л. Кобець, С.І. Поніна

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ДИТИНИ

Кафедра педіатрії №1

В.А. Антонець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма (БА) – це хронічне алергічне запалення дихальних шляхів, в якому приймає участь значна кількість клітин та клітинних елементів. БА є одним із основних захворювань у осіб дитячого віку, характеризується значною поширеністю, певним рівнем інвалідизації (понад 8%) та смертності дітей з цією патологією. У світі до 12% дітей мають в анамнезі БА і ця цифра постійно збільшується.

Мета: Аналіз перебігу бронхіальної астми у дітей різних вікових груп.

Матеріали та методи: Використовувались емпіричні (сортування медичної документації, опис) та статистичні методи (реєстрування, порівняння, математичний аналіз). Було визначено загальну кількість хворих на БА за 2016 рік (236) та проведено розподіл на молодшу (до 5 років) та старшу вікові групи (від 5 років), які знаходилися на лікуванні у торакальному відділенні ВОДКЛ.

Результати: Проведене ретроспективне дослідження 10 історій хвороб за січень та 25 історій хвороб за лютий місяць 2016 року, для встановлення тяжкості перебігу БА. Серед яких, молодша вікова група складає 13 хворих, доросла – 20. До легкого ступеня тяжкості було віднесено 14 хворих (42,4%), середнього – 18 (54,6%), тяжкого – 1 (3%). Залежно від ступеня тяжкості перебігу БА і вікової групи: молодша група - легкого ступеня 7 хворих (53,8%), середнього 6 (46,2%), тяжкого 0; старша група – легкого ступеня 7 (35%), середнього 12 (60%), тяжкого 1 (5%).

Висновки: Клінічні прояви та переважний механізм розвитку бронхіальної астми відрізняється залежно від віку дитини. Для дітей раннього віку характерна більша тривалість нападу та переважання вологих хрипів (за рахунок набряку та гіперсекреції, що зумовлені вузьким просвітом бронхів, достатнім розвитком кровоносних судин та слизових залоз) з швидким і більш глибоким розвитком гіповентеляційної гіпоксемії, гіперкапнії та ішемії дихальних м'язів, що функціонують посилено. У дітей старшого віку тривалість нападу відносно коротша, що обумовлено, головним чином, спазмом гладкої мускулатури бронхів. Залежно від тяжкості перебігу БА, спостерігається переважання середнього і тяжкого ступенів у дітей старшої вікової групи.

О.С. Ковальчук

ЛЕГКІ АЛГОРИТМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Кафедра педіатрії № 1

В.А. Антонець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Купірування гострих станів у дітей грудного віку, таких як гостра серцева недостатність, набряк Квінке чи анафілактичний шок - вимагає застосування певного набору препаратів в строго визначеній послідовності з дотриманням дозування. Часто ця послідовність є досить складною, тому для покращення її запам'ятовування потрібно розробляти чіткі асоціативні/аббревіатурні ряди.

Мета: Систематизувати матеріал про препарати та їх дози для купірування гострих станів у дітей грудного віку. Створити наочні матеріали (стенд), які будуть викликати прості та зрозумілі асоціації для покращення ефективності та спрощення вивчення даної теми.

Матеріали та методи: Лікарські засоби, що використовуються для купірування різноманітних гострих станів, тематичні публікації з теми, відповідні накази МОЗ України. Вивчення друкованих матеріалів, відповідних наказів МОЗ України та інтернет-ресурсів з теми, порівняльний аналіз дії лікарських засобів, систематизація та узагальнення матеріалів у вигляді демонстраційного стенду.

Результати: Демонстраційний стенд, що наочно відображає алгоритми застосування препаратів для купірування гострих станів з урахуванням специфіки підбору їх дозування для дітей грудного віку, особливості послідовностей використання лікувальних засобів.

Висновки: Оскільки в екстрених ситуаціях, коли потрібно швидко купірувати гострий стан, лікар повинен швидко згадати чітку послідовність використання певного набору препаратів та врахувати особливості підбору доз даних препаратів у дітей грудного віку, то для покращення їх запам'ятовування варто створювати демонстраційно-асоціативні стенди, які в легкій та сприятливій формі будуть відображати дану тематику. Демонстраційна наочність (стенд) допоможе якісному вивченню та засвоєнню матеріалу.

Г. Ю. Король, В. І. Булавенко, А. О. Шиманський
**ЗАСТОСУВАННЯ КОНЦЕНТРАТІВ ФАКТОРІВ ПРОТРОМБІНОВОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ
ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ
В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра педіатрії №2

В.Г. Фурман (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Історія застосування концентратів протромбінового комплексу (КПК) нараховує майже півстоліття. Ефективність та безпека даних препаратів, передбачуваність фармакологічного ефекту не можуть не привертати увагу лікарів. І це диктує, в свою чергу, необхідність в розширенні показів для застосування КПК при інгібіторній формі гемофілії, вродженому та набутому дефіциті факторів протромбінового комплексу, інтраопераційних втручаннях, в тому числі в кардіохірургії та ДВЗ-синдромі.

Мета: Оцінити особливості клінічного перебігу геморагічних станів при застосуванні КПК.

Матеріали та методи: Для досягнення мети і завдань нами проведено ретроспективний аналіз 53 історій хвороб дітей, що мали геморагічні прояви і знаходилися на стаціонарному лікуванні в гематологічному відділенні та відділенні патології новонароджених на протязі 2013-2016 рр. В усіх хворих проаналізовано клінічні та серологічні дані, а також вид гемостатичної терапії, яка застосовувалася.

Результати: В ході наших досліджень встановлено, що, серед хворих було 45 (84,9%) хворих хлопчиків на 8 (15,1%) дівчаток. З них хворих на геморагічну хворобу новонароджених було 2 (3,8%), хворобу Віллебранда 18 (33,9%) дітей, гемофілію А 12 (22,6%), дефіцит V фактора у 1 (1,9%) дитини, інгібіторна форма гемофілії А у 1 (1,9%). У 2 (3,8%) хворих з геморагічною хворобою новонароджених застосовано КПК (октаплекс), з розрахунку 1,6 мл/кг кожних 6-8 годин на протязі 5-6 днів. Всі інші діти отримували стандартну гемостатичну терапію СЗП, хворі на гемофілію отримували фактор згортання крові. Застосування КПК у 2 випадках у дітей з геморагічною хворобою у нашій клініці показало безпечність та високу ефективність препаратів КПК, швидкий ефект при крововиливі в головний мозок. Спостерігалось достатньо швидке відновлення свідомості, зменшення неврологічної симптоматики. У 1 хворого з інгібіторною формою гемофілії А вдалося знизити явища гематом кульшових суглобів та зменшити больовий синдром в ділянці т. Ііорсоас в короткі терміни.

Висновки: Препарати КПК є альтернативного застосування традиційних методів системної гемостатичної терапії, однак при розширенні показів, оцінці безпеки та економічної ефективності необхідні подальші дослідження.

М.О.Корнієнко, В.А.Стародуб

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У
ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №2

Г.І.Мантак (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Проблема герпесвірусних інфекцій стає у наш час все більш актуальною. Насамперед це пов'язано з поширеністю циркуляції герпесвірусів серед населення земної кулі, яка сягає 80-100% серед дорослого населення, значним ростом захворюваності, здатністю вірусу до тривалого персистування в організмі людини, схильністю до рецидивного та хронічного перебігу, зростанням частоти виникнення важких форм захворювання. Серед усіх герпесвірусів, вірус Епштейна-Барр (ЕБВ) характеризується тропністю до лімфоїдної і ретикулярної тканини. Захворюваність Епштейна-Барр інфекцією має тенденцію до зростання, тому ця проблема потребує подальших досліджень.

Мета: Підвищення ефективності діагностики Епштейн-Барр вірусної інфекції у дітей у віковому аспекті.

Матеріали та методи: Нами проведений ретроспективний аналіз 70 історій хвороби дітей з ЕБВ інфекцією, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ІБВ відділенні (діагностичному) Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні протягом останніх 5 років. Діагноз підтверджувався за допомогою вірусологічного дослідження (зішкребок зі слизової ротової порожнини), ПЛР, серологічного дослідження – Ig M та G.

Результати: Захворюваність на ЕБВ інфекцію серед дітей грудного віку була найнижчою, що можливо пов'язано з наявністю материнських антитіл. У дітей до 3-х річного віку цей діагноз також виставлявся нечасто, так як захворювання перебігало під маскою ГРВІ. Ріст захворюваності на ЕБВ відмічався з 3-х річного до 7-8-річного віку. Причому, хлопчики хворіли частіше, ніж дівчатка. У 78,5% пацієнтів серед клінічних проявів найчастіше зустрічались лихоманка, ангіна, гепатоспленомегалія. Як правило, у хворих зустрічався гострий початок захворювання: висока температура тіла, млявість та капризність дитини, біль в горлі, м'язах, суглобах, зниження апетиту. Також, ранніми симптомами були збільшені шийні лімфовузли, їх болючість при пальпації, значне утруднення носового дихання, ангіна. Печінка і селезінка збільшувались до 6-7 дня хвороби. Під час захворювання нерідко (частіше на 3-5 день хвороби) спостерігались кореподібні, уртикарні, скарлатиноподібні,

геморагічні елементи висипу на шкірі та енантема і петехії на слизовій оболонці ротової порожнини, які в середньому утримувались від 3-4 днів до 7-9 днів та безслідно зникали. Гострий період захворювання тривав в середньому 2-3 тижні. Нормалізація розмірів селезінки в середньому відбувалась до 1 місяця, лімфатичних вузлів до 1,5-2 місяців, печінки – до 3 місяців. Функціональні проби печінки нормалізувались до 2-3 тижнів хвороби, в деяких випадках залишались зміненими протягом 3-6 місяців.

Висновки: Згідно з отриманими даними клінічна картина ЕБВ інфекції у дітей характеризується вираженим інтоксикаційним та лімфопроліферативним синдромами. При цьому, серед лабораторних даних менш інформативними є ПЛР до ЕБВ (чутливість даного методу дослідження складає 70-75%), в той час, коли інформативність Ig M сягає 99,5%.

О.О.Купрата

РОЛЬ ПРОБІОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

Г.М. Руденко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед захворювань дитячого віку одне з провідних місць займає патологія гастродуоденальної ділянки, а саме хронічні гастрити та гастродуоденіти. Встановлено, що основним етіологічним фактором в розвитку хронічного гастриту, гастродуоденіту є бактерія *H. pylori*, якою інфіковано близько 60% населення світу. Незважаючи на наявність великої кількості наукових досліджень залишається актуальною проблема вибору оптимальних схем лікування хворих з хронічною гастродуоденальною патологією, що асоційована з *H. pylori*. Останні рекомендації щодо діагностики і лікування хелікобактеріозу визначені міжнародним V консенсусом в Маастрихті (2016 р.). Антихелікобактерна терапія може супроводжуватись розвитком антибіотик асоційованих порушень кишкової мікрофлори, що значно погіршує переносимість терапії. Залишається проблемою наростаюча резистентність *H. pylori* до антибактеріальної терапії, тому продовжуються пошуки нових ефективних антихелікобактерних схем. Перспективним напрямком в лікуванні *H. pylori* є використання пробіотиків. Доведено, що лактобактерії (*L. acidophilus*, *L. salivarius*, *L.GG*) окремо, або в поєднанні з представниками інших родів (*Saccharomyces boulardii*, *Str. Thermophiles*, *B.breve et longum*), можуть подавляти адгезію *H. pylori* до мембран епітеліоцитів і розмноження *H. pylori*.

Мета: Визначити ефективність пробіотиків в схемі ерадикаційної терапії у дітей з хронічним гастритом, гастродуоденітом, що асоційовані з *H. pylori*.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 47 дітей з хронічним гастродуоденітом, що асоційований з *H. pylori*, у віці від 7 до 18 років, які проходили обстеження і лікування у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Всіх обстежених дітей було розподілено на дві групи. Першу групу склали 21 пацієнт, які отримували стандартну потрійну 7-денну антихелікобактерну терапію. В другу групу входили 26 пацієнтів, які також отримували потрійну терапію з використанням пробіотиків. Всім дітям проведено ендоскопічне обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (апарат, OLYMPUS GIF-XPE). Наявність інфекції *H. pylori* підтверджували швидким уреазним тестом (URE-HP тест). В ході дослідження аналізувалися клінічні дані, а також результати складу кишкової мікрофлори.

Результати: В результаті дослідження було встановлено, що у дітей другої групи на третій день лікування у 50,0% пацієнтів зник больовий синдром, тоді як в першій абдомінальні болі зберігалися у 71,5% пацієнтів. На 7-й день в другій групі дітей з використанням пробіотиків, больові відчуття відмічали у 3,8% пацієнтів, проти 14,2% дітей першої групи. При антихелікобактерній терапії в першій групі дітей у 85,0% спостерігались розлади випорожнень у вигляді проносів чи закрепів. У дітей з антихелікобактерною терапією та пробіотиком розлади випорожнень спостерігались у меншій кількості пацієнтів – 38,4%.

Висновки: Таким чином, використання пробіотиків у дітей з хронічним гастродуоденітом, що асоційовані з *H. pylori* при ерадикаційній терапії, дає можливість покращити клінічний перебіг захворювання, попередити антибіотикасоційовані розлади стула, що дає можливість пацієнту краще перенести лікування та в повному обсязі провести антихелікобактерну терапію.

О.В.Куцак

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОНТРОЛЮ АТОПІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ВІДПОВІДІ НА БАЗИСНУ ТЕРАПІЮ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма – являється однією з актуальних медико-соціальних проблем. Бронхіальна астма відноситься до групи мультифакторіальних захворювань (МФЗ), етіологія і патогенез, яких визначається важкою взаємодією факторів зовнішнього середовища та генетичних факторів.

Мета: Виявити патогенетичні особливості досягнення контролю над перебігом atopічної бронхіальної астми у дітей шкільного віку та прогнозування відповіді на базисну терапію.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 200 дітей, які лікувалися в пульмонологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, в період з січня 2014р. по січень 2016р. з діагнозом atopічна бронхіальна астма. В картах обстежених дітей вивчалися клінічні фенотипи, клінічні прояви перебігу захворювання, аналізувалися фактори впливу на рівень контрольованості перебігу захворювання та спадкову обтяженість за алергічними захворюваннями (atopічний дерматит, алергічний риніт, побутова та полівалентна алергія). Лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, проводилося згідно Уніфікованого клінічного Протоколу МОЗ України №868 та рекомендацій GINA-2015, що передбачає призначення базисної фармакотерапії та покрововий підхід (step-up і step-down терапії), який орієнтується на тяжкість захворювання, рівень контролю захворювання та мінімізацію небажаних проявів ліків. Дотримаючись рекомендацій, хворим на atopічну бронхіальну астму, застосовувалася базисна терапія, яка включала – інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС), глюкокортикостероїди (ГКС), системні ГКС, антагоністи антилейкотрієнових рецепторів (АЛР), β₂-агоністів короткої дії, а також комбіновані препарати.

Результати: Ретроспективний аналіз карт 200 історій дітей, виявив 100 хворих дітей з контрольованою бронхіальною астмою, що склало 44,2%, у 60 дітей (46,8%) виявлено частково контрольовану астму, неконтрольована астма виявилася у 40 дітей, що складає (10%). Проаналізувавши зовнішні та внутрішні фактори впливу на рівень контрольованості, можна зазначити, що внутрішні фактори відображають особливості патогенетичних механізмів, які відбуваються на молекулярно-генетичних рівнях, а зовнішні, безпосередньо виникають, при контакті з алергенами різного походження, при цьому збільшуючи, ризик розвитку алергії (побутова алергія складає 40%, полівалентна-25%). Відмічено, що на спадкову обтяженість за алергічними захворюваннями припадає незначний відсоток, а саме atopічний дерматит був виявлений у 6,4%, а алергічний риніт – 20,8%. Серед дітей, які отримували базисну фармакотерапію 30% хворих потребували застосування β₂-агоністів короткої дії, 24% - призначення антагоністів лейкотрієнових рецепторів, у 20% пацієнтів спостерігалася потреба в комбінованих препаратах, у ІГКС потребували 20% хворих, та 5% потребували високих доз ГКС та 1% системних ГКС.

Висновки: Отже, вивчення та розуміння, патогенетичних особливостей контролю atopічної бронхіальної астми, що включає спадкові фактори та фактори зовнішнього середовища, дає можливість варифікувати перебіг захворювання, ступінь важкості і рівень контрольованості, та відповідно, спрогнозувати відповідь на базисну терапію.

Е.Б.Кульчицька, Ф. Лазаренко, О.О. Левченко.

ЗНАЧЕННЯ ДИНАМІЧНОЇ ЕХОХОЛЕЦИСТОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії післядипломної освіти

О.В.Чабанович (к.мед.н., ас.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ), згідно з вітчизняними та іноземними статистичними джерелами, займають 60-85% у структурі патологій шлунково-кишкового тракту, і переважно супроводжують інші захворювання органів травлення у дітей. За даними наукових досліджень, найбільшу питому вагу захворювань в дитячому віці складають хвороби органів травлення. Це обумовлено інтенсивними морфофункціональними змінами в організмі дітей всіх вікових категорій.

Мета: Кафедрою педіатрії ПО НМУ ім. академіка О.О. Богомольця на базі дитячої клінічної лікарні № 8 м. Кієва застосований метод динамічної ехохолоцистографії (ДЕХГ) для визначення стану моторики жовчного міхура (ЖМ) та тонуусу сфінктерного апарату жовчних шляхів (ЖШ).

Матеріали та методи: Проведено комплексний аналіз 62 історій хвороб дітей, які лікувались у стаціонарі з приводу патології гепатобіліарної системи. Динамічна ехохолоцистографія дозволяє спостерігати зміни об'єму ЖМ у відповідь на «жовчогінний сніданок» на 5-15-30-45 хвилині дослідження. Таким чином реєструються фази скоротливого процесу та оцінюється кінетика ЖМ і тонуус сфінктерного апарату ЖШ.

Результати: За даними аналізу показників ДЕХГ було виділено наступні типи функціональних розладів біліарного тракту: 1-гіпотонічно-гіпокінетичний тип - 38,1%, 2-гіпертонічно-нормокінетичний тип - 7,1%, 3-гіпертонічно-гіпокінетичний тип - 14,3%, 4-гіпотонічно-нормокінетичний тип - 23,8%, 5-нормотонічно-нормокінетичний тип - 4,8%, 6-нормотонічно-гіпокінетичний тип - 2,4%, 7-гіпертонічно-гіперкінетичний тип - 4,7%, 8-нормотонічно-гіперкінетичний тип - 2,4%, 9-гіпотонічно-гіперкінетичний тип - 2,4%. ФРБТ у дітей протікали на фоні деформації жовчного міхура в ділянці шийки у 11,3% (7 дітей), деформації жовчного міхура в ділянці тіла у 20,9% (13 дітей), S-подібної деформації жовчного міхура у 6,5% (4 дітей), непостійний перегин жовчного міхура виявлено у 4,8% (3 дітей). У 56,5% (35 дитини) деформації жовчного міхура не виявлено.

Висновки: Динамічна ехохолоцистографія - метод візуалізації, що дозволяє визначити тип ФРБТ у пацієнта та підібрати адекватне лікування, яке максимально націлене на усунення саме цього типу функціонального

порушення гепатобіліарної системи. Його перевагами є неінвазивність, доступність, простота виконання, можливість використання серед пацієнтів різних вікових категорій, включаючи дітей дошкільного віку.

О.О. Купрата
УРАЖЕННЯ ОРГАНУ ЗОРУ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Перебіг інфекційних захворювань у дітей з ураженням органів зору є вагомим проблемою, як в практиці дитячих інфекціоністів, так і офтальмологів. В структурі інфекційної патології чільне місце на сьогоднішній день, посідають захворювання, що викликаються збудниками як бактеріальної, так і вірусної природи. Інфекційні захворювання з ураженням органу зору, такі, як токсоплазмоз, краснуха, кір, вітряна віспа, адено- та ентеровірусна інфекції, цитомегаловірусна інфекція, хламідіоз, мікоплазмоз, простий герпес, кашлюк, паразитарні хвороби тощо, мають різноманітні клінічні прояви з ураженням органу зору, які в свою чергу при невчасній діагностиці та лікуванні, призводять до хронічного процесу та інвалідизації.

Мета: З'ясувати структуру інфекційних захворювань, які супроводжуються ураженням очей, а також представити зміни з боку органів зору при даних нозологічних формах.

Матеріали та методи: На базі офтальмологічного та поліклінічного відділень Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні були опрацьовані 32 історії хвороби та 62 амбулаторні карти дітей з офтальмопатологією на тлі інфекційного захворювання за 2016 р.

Результати: Серед обстежених дітей, у 28(29,8%) хворих, яким було проведено бактеріологічне дослідження з кон'юнктивального мішка у 42,85% (12 дітей) - кон'юнктивіт був зумовлений *S.aureus*, 35,72% (10 дітей)- *Str. spp.*, 7,14% (2 дітей) – *H.influenzae*, 3,57% (1 дитина) - *E.coli*, 3,57% (1 дитина) – *Kl.pneumoniae* та у 7,14% (2 дитини) - не уточненої етіології. Плівчастий кон'юнктивіт при аденовірусній інфекції був діагностований у 22 дітей (23,4%). При вірусологічному дослідженні у 43 дітей (45,7%) кон'юнктивіт був зумовлений збудниками TORCH - інфекцій. З них у 9 (20,9%) дітей з вродженим токсоплазмозом діагностувався хоріоретиніт; у 5 (11,6%) дітей з вітряною віспою – кератити та ураження повік; при герпетичному ураженні з невизначеним типом (29 дітей – 67,5%) – увеїти та різноманітні кератити. Гельмінтоз спричинений *Diofilatia* був діагностований у однієї дитини, що проявлявся візуальною локалізацією збудника під шкірою повік та очному яблуці. Лікування проводилося з урахуванням основного захворювання, в залежності від збудника та характерних клінічних проявів, як з боку внутрішніх органів так і органів зору: місцево протизапальні, противірусні, антибактеріальні краплі чи мазі, інстиляції ГКС, субкон'юнктивальне та ретробульбарне введення препаратів. А, дитині з дирофіляриозом було проведено оперативне лікування з видаленням збудника.

Висновки: В структурі офтальмопатологій, що асоційовані з дитячими інфекційними хворобами, за результатами опрацьованих даних, перше місце займають вірусні кон'юнктивіти, що спричинені адено- та герпес вірусами (69,1%). А у 29, 8% кон'юнктивіт був зумовлений бактеріальними збудниками: переважали *S.aureus* та *Str. spp.* . При вчасній діагностиці та лікуванні вищенаведені патології не призводять до незворотніх змін очей в переважній кількості випадків.

Т.С. Лещук, Доже Уша, Лекшмі Суреш, Платті Досе Лаймол

СИНДРОМ ДАУНА: МОЖЛИВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ

Кафедра педіатрії №1

Т.В. Капітан (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, частота синдрому Дауна серед новонароджених становить від 1:1000 до 1:700-1:800, незалежно від географічної, часової та етнічної різниці у батьків однакового віку. За даними МОЗ України щороку народжується до 400 дітей із синдромом Дауна. Висока частота та відсутність спеціальних методів лікування роблять актуальною проблемою вивчення можливих факторів ризику даного синдрому. Дослідження, які проводилися вченими міста Майсор (Індія) встановило 4 причини, які впливають на виникнення синдрому Дауна у дитини. А саме: вік матері, коли вона народила дитину, вік батька, вік бабусі при народженні матері, родинні зв'язки між батьками.

Мета: Підтвердити або спростувати вплив вищевказаних чинників на можливість синдрому Дауна на різних континентах планети, порівнявши закономірності його виникнення в Україні та Індії.

Матеріали та методи: Дослідження наукових джерел по даному питанню, вивчення акушерського та спадкового анамнезу у батьків, діти яких мають синдром Дауна. Розроблення спеціальної таблиці, згідно якої була проведена статистична обробка даних.

Результати: Відповідно до створеної таблиці, нами було зібрано дані акушерського та спадкового анамнезу 15 дітей із України та 15 дітей із Індії, які мають синдром Дауна. Враховуючи першу можливу причину, а саме вік

матері при народженні дитини, було встановлено, що 50% матерів як із Індії, так із України мали вік від 19 до 29 років. Наступних 50% склали жінки, вік яких був від 30 до 36 років. Дані акушерського анамнезу свідчать про наявність переривання вагітностей до народження дитини з синдромом Дауна у 3 жінок із України та 1 жінки із Індії. Наступний можливий фактор ризику - вік батька. Встановлено, що в Індії у 100% він становив старше 30 років, при тому, що у 57% він був від 40 до 50 років. В Україні у 75% випадків вік батька становив понад 30 років, а 25% мали вік до 30 років. Також ми перевіряли вік бабусі, при якому вона народила матір майбутньої дитини із синдромом Дауна. У 12% жінок Індії вік становив понад 40 років. Стосовно України, даний показник склав 20%. Останнє, що враховувалося, це наявність близькоспоріднених шлюбів між батьками хворої дитини. За нашими дослідженнями такий показник в Україні дорівнював 0, в Індії 86%, при чому був один випадок шлюбу між рідними братом та сестрою.

Висновки: Найбільш вагоме значення щодо можливості синдрому Дауна в Індії мають наявність близькоспоріднених шлюбів та вік батька старше 40 років, що не характерно для нашої країни.

В.П. Лепетун, Ю.О. Журавська

ЦИТОМЕГАЛОВІРУС У ДІТЕЙ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за дітьми

О.Г. Гилюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цитомегаловірус у дітей є одним з найпоширеніших інфекційних агентів, 95% всього населення є носіями цього вірусу. ЦМВІ в тому чи іншому віці зустрічається більш ніж у половини дітей світу. Проникнення вірусу в організм дитини не має особливої небезпеки, так як зазвичай протікає безсимптомно і не потребує лікування. Проте небезпека виникає при зараженні в період виношування, перші тижні після народження або значне зниження активності імунної системи. Сьогодні ВООЗ ставить генералізовану форму цитомегаловірусної інфекції на друге місце за кількістю смертей новонароджених у всьому світі.

Мета: Основною завданням є донести, що ЦМВІ призводить до летальних наслідків, а передається найпростішими шляхами.

Матеріали та методи: Використання літературних та наукових джерел, архівів, консультації лікарів Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, спілкування з хворими та їх родичами.

Результати: ЦМВІ проникає через різні точки входу, але найчастіше до інфікування плоду призводить трансплацентарна передача. ЦМВ від матері може проникати через плаценту в будь-який термін вагітності та викликати ураження плоду, але найважчі наслідки виникають при інфікуванні, впродовж перших 20 тижнів вагітності. Внутрішньоутробне інфікування ЦМВ може призвести до народження дітей з важкими неврологічними порушеннями ураженням серцево-судинної системи, зорового та слухового нервів. Приблизно у 17% дітей через кілька місяців після народження мають судоми, рухові розлади, аномальні розміри черепа (мікро- або гідроцефалія). Ступінь ураження плоду залежить від терміну інфікування. Зараження в ранньому терміні вагітності найчастіше призводить до загибелі плоду та спонтанних абортів. Діти з ЦМВІ мають меншу вагу та зріст при народженні, ніж здорові. Атиповий перебіг ЦМВІ проявляється паралічами, гемолітичною анемією, водянкою живота, зниженням згортання крові, збільшенням шлуночків мозку через кісти.

Висновок: Так як лише у 10% вагітних інфекція має виразні клінічні прояви, ми хочемо донести про потребу введення в організм матері імуноглобулінів з метою захисту плоду від зараження. Сьогодні ведеться розробка спеціальної вакцини, покликаної захищати будь-який організм від зараження ЦМВІ. Можливо, вже в найближчі роки саме ця вакцина допоможе пацієнтам з імунодефіцитами надійно захистити себе від зараження.

А.Ф. Летнянка

ОБІЗНАНІСТЬ БАТЬКІВ СТОСОВНО ПРОВЕДЕННЯ ГІГІЄНИ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.М. Булат (д.мед.н., проф.), О.В. Ониськова (к.мед.н., доц.), Л.О. Ющенко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На даний час проблема обізнаності батьків стосовно гігієни зовнішніх статевих органів своїх дітей досить актуальна, оскільки дотримання особистої гігієни тіла - це один з необхідних щоденних етапів догляду за дитиною, метою якого є збереження та зміцнення здоров'я.

Мета: Оцінити обізнаність батьків стосовно інтимної гігієни дітей до трьох років, правильність проведення догляду за зовнішніми статевими органами та частоту виникнення захворювань при невірному догляді.

Матеріали та методи: У дослідження було включено 65 дітей, із них 30 дівчаток і 35 хлопчиків віком від народження до 3 років, батькам яких було проведено анкетування.

Результати: Як показали отримані результати правильно доглядали за зовнішніми статевими органами 57% батьків дівчаток та 71% - хлопчиків. При цьому у 20% випадків батьки підмивали дівчаток в неправильному

напрямку, а у 33% - мило потрапляло на слизову оболонку зовнішніх статевих органів. При догляді за хлопчиками 28% батьків зміщували крайню плоть. На думку 85% опитаних зміщення крайньої плоті у хлопчиків раннього віку розцінюється як норма, але при цьому половина з них (54%) вважають, що зміщення крайньої плоті у нормі відбувається до 3 років. У 51% хлопчиків зміщення крайньої плоті відбулося у віці до трьох років самостійно та за допомогою лікаря – у 17% хлопчиків. Лише 46% батьків зверталися з питанням гігієни за зовнішніми статевими органами до лікарів. При цьому 53% батьків хлопчиків та 27% батьків дівчаток отримали правильні рекомендації. Серед усіх опитаних 46% використовували при інтимній гігієні парфумерні засоби. Серед дівчаток синехії статевих губ не зустрічалися. На таке захворювання, як вульвит не хворіла жодна з них та лише п'ятеро мали в анамнезі ІСВШ. Проте батьки двох дівчаток з п'яти не пов'язують виникнення ІСВШ з неправильним доглядом за зовнішніми статевими органами. Серед хлопчиків лише один мав синехії крайньої плоті та отримував хірургічне лікування, яке полягало у розсіченні наявних спайок. Батьки цього хлопчика вважають, що саме синехії крайньої плоті спричинили баланопостит та ІСВШ та пов'язують це з неправильним доглядом за зовнішніми статевими органами дитини.

Висновки: У зв'язку з тим, що обізнаність батьків стосовно проведення гігієни зовнішніх статевих органів у дітей є низькою та менше половини з них зверталися за порадою до лікарів, можна зробити висновок про низьку інформованість їх про правильність проведення гігієни зовнішніх статевих органів у дітей та можливі наслідки, які виникають при неправильному догляді. Саме тому лікарям необхідно активно інформувати батьків та поширювати інформацію про правильність проведення гігієни зовнішніх статевих органів у дітей залежно від статі.

Є.В. Логінова

ТОКСОКАРОЗ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.М.Булат (проф., д.мед.н.), Л.О. Ющенко (доц., к.мед.н.), О.В.Ониськова (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Токсокароз реєструється в багатьох країнах світу, зокрема і в Україні, особливо серед дітей. Це захворювання є досить небезпечним і може призвести до розвитку астми, сліпоти, панкреатиту, гепатиту, міокардиту та порушень ЦНС. Незважаючи на широке розповсюдження і важливу роль в патології, виявлення токсокарозу серед населення є доволі складним, тому проблема діагностики та лікування цього виду гельмінтозу є надзвичайно актуальною.

Мета: Визначити розповсюдженість токсокарозу у дітей, вивчити шляхи передачі, особливості перебігу та методи діагностики.

Матеріали та методи: Опрацьовано сучасні літературні джерела, що містять інформацію про етіологію, патогенез, клініку, діагностику та профілактику токсокарозу, а також про поширеність цього виду гельмінтозу серед дітей в Україні та світі.

Результати: За останні роки захворюваність на токсокароз стала серйозною медико-соціальною проблемою для багатьох країн світу, включаючи Україну. Серологічно підтверджено, ураження населення токсокарозом коливається від 2,6% у Бельгії, до 60-90% у тропічних країнах. В країнах Європи щороку реєструють 5-37% дітей хворих на токсокароз, в США - 12%. Токсокари собак уражають людину тільки личинковою стадією, а токсокари кішок – як личинковою, так і статевозрілою стадією. Зараження відбувається фекально-оральним шляхом внаслідок потрапляння яєць токсокар в організм дитини з їжею, водою, брудних рук. Яйця можуть перебувати не тільки в ґрунті, а й на шерсті тварин. Діти до 6 років особливо схильні до інфікування, так як вони рідше дотримуються правил особистої гігієни. Потрапивши в тонкий кишечник личинки вивільнюються, проникають крізь слизову оболонку в кровоносні судини і кровотоком розносяться по органах і тканинах організму. Впершу чергу уражаються печінка та легені, потім – очі, головний мозок та скелетні м'язи. У третини хворих можуть спостерігатися шкірні висипи у вигляді кропивниці або поліморфної висипки, свербіж, іноді набряк Квінке. Основними проявами захворювання є: гарячка, кашель, задишка, гепато- та спленомегалія, еозинofilія, ураження очей. Зазвичай діагностику проводять за допомогою методу ІФА з використанням секреторно-екскреторного антигену личинок другої стадії для виявлення антитіл. Також використовують імуноблотинг, який дозволяє виявити антитіла та антигени в досліджуваній пробі. В ранньому періоді переважають IgM, пізніше виявляють IgG та особливо різко нарастають IgE. На сьогодні встановлена кореляція між вираженістю клінічних проявів та титрами антитіл. Титри 1:800 та вище свідчать про захворювання, а титри 1:200, 1:400 – про носійство токсокар при вісцеральному токсокарози або про патологічний процес при токсокарози очей. Для виявлення личинкових форм використовують рентгенологічне дослідження грудної клітки, КТ, УЗД органів черевної порожнини, біопсію, офтальмоскопію.

Висновки: отже, токсокароз є серйозною медико-соціальною проблемою для багатьох країн світу і потребує подальшого удосконалення методів діагностики.

О.О. Лошатецька
ПРИЧИНИ ТА НОВИЙ ПОГЛЯД НА КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ КЕФАЛОГЕМАТОМ

Кафедра педіатрії №2

О.І. Ізюмець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кефалогематома є найбільш частим ушкодженням волосної частини голови і діагностується у 0,2-0,3 % новонароджених, вона може проявитись у вигляді неврологічних ускладнень, а також інфікування.

Мета: Виявити найбільш часті причини кефалогематом, особливостей їх перебігу та ускладнення, які супроводжують їх і можуть призвести до прогностично негативних станів.

Матеріали і методи: Досліджено 73 новонароджених у віці від 3 до 26 днів (12±9), які поступили у відділення патології новонароджених ВОДКЛ: хлопчиків - 47 (65%), дівчаток - 26 (35%). Новонароджені розподілились на 3 групи в залежності від діагнозу: I – пологова травма, кефалогематома, перинатальна енцефалопатія (вік – 3-10 днів, 7±4), II – пологова травма, кефалогематома, неонатальна жовтяниця (12-26 днів, 19±7), III – пологова травма, кефалогематома (5-12 днів, 8±4). Проводились інструментальні дослідження: нейросонографія, рентгенографія шийного відділу хребта. Більша частина дітей поступила у віці 3-15 днів (9±6).

Результати: При вивченні перинатального анамнезу у 44 (60%) дітей виявлені наступні фактори ризику: крупний плід, неправильне передлежання плода, переносена вагітність, невідповідність розмірів тазу і плода, вакуум-екстракція, хронічна гіпоксія плода (обтяжений соматичний, обтяжений акушерський анамнези), стрімкі пологи. Клінічний перебіг кефалогематоми супроводжувався неврологічними синдромами - 54(74%): пригнічення - 33 (45%), підвищення нервово-рефлекторної збудливості - 20 (27%), судомний - 2 (1,5%) новонароджених. При проведенні інструментальних методів дослідження виявлені відхилення: нейросонографія (перивентрикулярні та внутрішньошлуночкові крововиливи, субепіндемальні кісти, перивентрикулярна ішемія і набряку мозкової речовини, дилатація бічних шлуночків) - 46(62%) новонароджених, найбільш суттєві зміни спостерігались при кефалогематомах розміром більше 8 см; рентгенографія шийного відділу хребта (підвивихи, ротації, вивих С1-С5) - 12 (17%). Новонароджені, в залежності від розмірів кефалогематом, розділились на 3 групи: I – діаметром 4см, II – 4.1-8см, III- більше 8 см. Незалежно від розмірів кефалогематоми всім проведена пункційна аспірація. Проте хірургічне лікування є виправданим (показом) лише при кефалогематомах, які супроводжуються грубими косметичними дефектами (поширення на лицеву частину черепа або дуже великі розміри – ‘спотворюючі’ без тенденції зменшення до 10 дня).

Висновки: Ускладнений перинатальний анамнез, зокрема інтранатальний (хронічна гіпоксія плода) може призвести до кефалогематоми при нормальних пологах. Найчастіше кефалогематоми супроводжувала неврологічна симптоматика. Переважна кількість новонароджених поступили у віці від 10 до 15 днів, при цьому розміри кефалогематом були середніми (6-8 см) - 31 (43%). Відсутність періоду спостереження за кефалогематомами, який дає можливість зменшитись їм і, в більшості випадків, зникнути без хірургічного втручання в період від 2 до 6 тижнів.

О.В. Любов

СТАН ЗДОРОВ'Я НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЯ ПЕРЕДЧАСНО І ПЕРЕНЕСЛИ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВІ КРОВОВИЛИВИ

Кафедра педіатрії № 1

О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема передчасних пологів і виходжування недоношених новонароджених особливо гостро стоїть як в Україні, так і в інших країнах світу. У більшості дітей, що народились з дуже малою масою тіла і екстремально малою масою тіла в терміні гестації менше 34 тиж. формуються проблеми, які потребують ретельного вивчення для забезпечення ефективного катамнестичного супроводу. Нетравматичні внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) залишаються однією з найважчих патологій, та часто слугують причиною неврологічних порушень різного ступеня вираженості й інвалідності. Частота ВШК коливається в межах 13-47% і залежить від гестаційного віку і маси тіла при народженні. Більше 50% крововиливів відбувається протягом перших 24 годин життя, 80-90% - у перші 72 години життя. Схильність глибоко недоношених дітей до ВШК обумовлена особливостями перивентрикулярної зони мозку.

Мета: Встановити вплив наслідків ВШК на стан здоров'я дітей впродовж першого року життя.

Матеріали та методи: Для вирішення поставлених завдань було обстежено 31 дитину з масою тіла при народженні < 1500г., терміном гестації < 34 тиж., з ВШК. Спостереження за динамікою розвитку дітей проводилось на базі кабінету катамнезу ВОДКЛ. Оцінювались показники фізичного розвитку: зріст, вага, окружність голови. Динаміка психо-моторного розвитку, динаміка нейросонографії. Аналіз отриманих клініко-інструментальних даних проведено в залежності від ступеню важкості ВШК, в 3-х клінічних групах, де 1-а

група – діти що перенесли ВШК I - II ст., 2-а група – хворі з ВШК III – IV ст., 3-я група порівняння. Оцінка проводилась враховуючи пост концептуальний вік.

Результати: Затримка фізичного розвитку в 1-й групі у віці 3 міс склала 36,84% (7 дітей); в 2-й групі – 2 дитини (16,66%), в контрольній групі 3 дітей (13,63%). У віці 6 місяців затримки фізичного розвитку не відмічалось. У 1 групі затримка психо-моторного розвитку відмічалась у 5 дітей (26,3%). Затримка психо-моторного розвитку у 2-й групі відмічалась у всіх дітей у віці 3-х місяців, і у 9 дітей (75%) у віці 6 місяців. У 4 дітей розвинулась постеморагічна гідроцефалія (33,33%). У групі порівняння у 5 (23,8%) дітей спостерігалась затримка психомоторного розвитку, обумовлена глибокою недоношеністю та впливом гіпоксії.

Висновки: Діти що перенесли ВШК III–IV ст., впродовж першого року життя мають недостатні темпи фізичного розвитку (кожна третя дитина), відстають у моторному і когнітивному розвитку (три чверті обстежених дітей), тобто їх показники достовірно гірші у порівнянні з тими, що перенесли ВШК I - II ст. та не мали ВШК в неонатальному періоді. Такі діти складають групу ризику по розвитку постгеморагічної гідроцефалії та потребують спеціальної нейрохірургічної допомоги.

О.Г. Мазур

ВПЛИВ ЕПІДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ НА РОЗВИТОК ЗАТЯЖНИХ ЖОВТЯНИЦЬ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра педіатрії №1

О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Причини затяжної жовтяниці новонароджених залишаються відкритим питанням у зарубіжній і вітчизняній літературі. За даними зарубіжних вчених одним із факторів, який може впливати на затяжний перебіг жовтяниці новонароджених відноситься епідермальний фактор росту (ЕФР), який приймає активну участь в постнатальній адаптації. Відомо, що ЕФР у великій кількості знаходиться в молозиві матері, стимулює розвиток шлунково-кишкового тракту немовляти і разом з тим може бути причиною розвитку затяжної жовтяниці новонароджених за рахунок гальмування моторики ШКТ, підвищення абсорбції і активації транспорту білірубину.

Мета: Визначення вмісту ЕФР в сироватці крові дітей із затяжною жовтяницею новонароджених.

Матеріали і методи: Нами було проспективно обстежено 60 дітей. В залежності від тривалості жовтяниці діти були розподілені на групи: до 1 групи увійшло 30 чоловік із тривалістю жовтяниці до 1 місяця, 2 групу склали 29 дітей із тривалістю жовтяниці довше 1 місяця. Групу порівняння склали 19 дітей із ознаками фізіологічної жовтяниці новонародженого. Всі діти народились доношеними (термін гестації 37-40 тижнів), вага при народженні більше 2500 г.

Результати: Отримані нами дані показали, що середній вік дітей на момент поступлення в 1 групі становив $14,8 \pm 0,8$ доби, в 2 групі середній вік був достовірно вищим і становив в середньому $28 \pm 0,7$ доби, в групі порівняння - $12,1 \pm 1,7$ доби ($p < 0,05$). При біохімічному дослідженні крові у всіх дітей відмічалось підвищення рівня загального білірубину сироватки крові за рахунок його непрямої фракції: середнє значення непрямого білірубину становило $305,4 \pm 10,4$ мкмоль/л, в 2 групі - $255,4 \pm 12,5$ мкмоль/л в групі порівняння показник непрямого білірубину був достовірно нижчим, в середньому $161 \pm 17,7$ мкмоль/л ($p < 0,05$). При проведенні визначення вмісту ЕФР в сироватці крові дітей, залучених у дослідження, відмічено, що у дітей із затяжною жовтяницею спостерігались вищі показники ЕФР сироватки крові у порівнянні із дітьми з фізіологічною жовтяницею новонароджених. Так, у сироватці крові дітей із тривалістю жовтяниці до 1 місяця підвищення вмісту ЕФР було в 2,7 рази вищим щодо групи порівняння $-530 [319-1093]$ нг/мл і у дітей із тривалістю жовтяниці довше 1 місяця майже в 2 рази показники були вищими щодо групи порівняння $-377 [221-787]$ нг/мл, в групі порівняння $193 [115-398]$ нг/мл ($p < 0,05$). Характеризуючи показник ЕФР у дітей 1 і 2 групи спостереження, ми відмітили, що даний показник був в 1,4 рази вищим у дітей із тривалістю жовтяниці до 1 місяця: $530 [319-1093]$ нг/мл і $377 [221-787]$ нг/мл ($p < 0,001$).

Висновки: У дітей із затяжною жовтяницею новонароджених вміст епідермального фактору росту у сироватці крові був $530 [319-1093]$ нг/мл, що у 2 рази перевищувало показник дітей із фізіологічною жовтяницею. Найвищий показник епідермального фактору росту спостерігався у дітей із тривалістю жовтяниці до 1 місяця.

S. Makhanovska

PHYSICAL HEALTH FEATURES OF MIDDLE SCHOOL AGE CHILDREN DEPENDING ON SCHOOL LOAD

Department of pediatrics № 1
M.M. Vasyukova (AP), L.M. Kazakova (As)
Bohomolets National Medical University
Kyiv, Ukraine

Actuality: Proposed in recent years the term "physical health" describes the adaptive capacity of the child and is defined as a dynamic state of the human body, describes the reserve functions of organism to perform its biological and social functions. Recently number of educational institutions of new type (gymnasiums, lyceums) increases; pupils there have a significant workload compared to secondary schools. Some researchers studied physical health, but mostly it was about children of early school age and without considering the intensity of a school activity.

Aim: Compare physical development and adaptive capabilities of children of middle school age of gymnasium and secondary school to develop further recommendations to improve the child's body capacity to implement school activity.

Materials and methods: In our study we examined 154 middle school age children (75 pupils of gymnasium and 79 pupils of secondary school in Kyiv). The assessment of physical development (method of tsentyl` standards) and adaptive reserves of cardiovascular system to physical activity (Index Ruf'ye) characterize the general physical health of children.

Results: 1. In general most of children had an average physical development (gymnasium` pupils - 70.7% school` pupils - 60.8%). At the same time high and above the average level of physical development registered more frequently in school` pupils (36.7%) than between gymnasium` pupils (24.0%). Disharmonious development of pupils registered in gymnasium more often because of obesity (8.6%). In school it was caused by tallness (12.7%). Valuation of adaptive reserves of cardiovascular system to physical activity showed that the number of children with high and above the average level (those that can attend the general group on physical training at school) was generally very low, but gymnasium` pupils have almost twice lower levels than school` pupils (10.1% and 19.6% respectively). Adaptive capacity of middle level at groups was almost the same (can attend the preparatory group). Children who had lower middle and low Ruf'ye index registered more often in gymnasium` pupils (can attend only a special group).

Conclusions: Our studies show that rates of physical development is not always correlated with indicators of adaptive capacity of the cardiovascular system of the child to physical activity. In general rates of physical health of gymnasium` pupils were worst than of general school pupils. It requires individual approaches to health programs to improve children`s physical health and correction of plan in physical training lessons according to intensity of school activity.

Ю.Г. Мельник

ПАНКРЕАТИЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ І АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК І МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ

Кафедра педіатрії №2
Г.М. Руденко (к.мед.н, ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема atopічного дерматиту в останні роки є однією з найбільш актуальних для практичних лікарів, так як, займає домінуюче місце в структурі шкірної патології дитячого віку і складає від 20 до 50% дітей хворих дерматозами. Часто алергічні шкірні прояви взаємопов'язані з патологією шлунково-кишкового тракту. Функціональні порушення органів травлення призводять до всмоктування не розщеплених компонентів їжі, особливо білків, тим самим сприяючи сенсibiliзації організму до різноманітних видів алергенів. Масивному поступленню антигенів із кишківника сприяє зниження функціональної активності підшлункової залози. Крім того, потрапляючи в організм схильної до алергії дитини, алергени викликають цілий каскад імунологічних і біохімічних процесів, що призводить до циркуляції в крові підвищеної кількості ряду біологічно активних речовин, більшість з яких порушують кровообіг в різних органах. Одним з таких органів, котрий вражається практично при будь-якому алергічному процесі, являється підшлункова залоза.

Мета: Визначити взаємозв'язок atopічного дерматиту і панкреатичної недостатності у дітей та шляхи медикаментозної корекції.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 46 дітей з atopічним дерматитом у віці від 3 до 7 років, що проходили обстеження та лікування у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Всім дітям було проведено клінічне обстеження та додаткові лабораторні дослідження, що включали копрологічне дослідження, визначення рівня IgE, амілази в сироватці крові і сечі.

Результати: Встановлено, що серед обстежених дітей з atopічним дерматитом майже у половини (45,6%) було виявлено панкреатичну недостатність. При об'єктивному дослідженні у всіх пацієнтів пальпаторно відмічалася болючість в точках проекції підшлункової залози. Також, у дітей з atopічним дерматитом відмічалася підвищення рівня загального сироваткового IgE до 147,5% та у 9 пацієнтів (42,8%) незначно підвищений рівень

амілази крові. При копрологічному дослідженні у дітей з супутньою панкреатичною недостатністю спостерігалась стеаторея 1-го типу - 19 пацієнтів (90,4%), креаторея у 4 (19%), неперетравлена клітковина у 17 (80,9%), амілорея у 18 пацієнтів (85,7%). Ефективність лікування визначали на 5-ту та 10-ту добу від початку лікування. Дослідження показало, що після призначення панкреатичних ферментів у 69,0% пацієнтів відмічалось значне покращення шкірного синдрому. При повторному копрологічному дослідженні у 80,9% пацієнтів нормалізувалися показники копрограми, а саме відсутність стеатореї, амілореї.

Висновки: Таким чином, ферментативна корекція панкреатичної недостатності у дітей з atopічним дерматитом, сприяє позитивній динаміці зі сторони шкірного синдрому та покращенню лабораторних показників функції підшлункової залози.

В.В. Михальчишена, С.Б. Козак

ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №1

Т.І. Саврун (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на значні досягнення сучасних перинатальних технологій у таких сферах, як виходжування та вигодовування недоношених новонароджених, лікування та профілактика респіраторного дистрес-синдрому, бронхолегеневої дисплазії, ретинопатії недоношених (Знаменська Т.К., 2016), неонатальні інфекції займають провідне місце серед причин смертності новонароджених у світі (Faganoff A., 2014). В Україні інфекції неонатального періоду, в т.ч. сепсис, займають 2-3 місце в структурі захворюваності та летальності, а у 10-30% дітей, які вижили, спостерігаються віддалені наслідки (О.О.Костюк, 2015). Особливу групу ризику складають недоношені діти та новонароджені з затримкою внутрішньоутробного розвитку.

Мета: Встановити перинатальні фактори ризику несприятливого перебігу інфекцій неонатального періоду у передчасно народжених дітей.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз 69 історій хвороби недоношених новонароджених та протоколів дослідження їх плаценти, які знаходилися на лікуванні у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні та міської лікарні «Центр Матері та Дитини». Критеріями включення були: недоношеність (термін гестації менше 37 тижнів), клініко-параклінічні ознаки внутрішньоутробної інфекції та/або сепсису; критеріями виключення були: вроджені вади, генетичні синдроми, пологові травми. В ході роботи були проаналізовані та статистично опрацьовані клініко-анамнестичні дані, лабораторні показники, результати інструментальних, морфологічних та гістологічних досліджень.

Результати: В результаті проведеного дослідження було встановлено, що у недоношених дітей з інфекціями неонатального періоду основними морфологічними змінами плаценти були хронічна плацентарна дисфункція, інволюційно-деструктивні зміни ворсин та стромы. Гнійно-некротичний хоріоамніоніт та фунікуліт були виявлені у 92, 6% випадків дітей, що померли, проти 54,7% дітей без летальних наслідків. Антенатальну затримку внутрішньоутробного розвитку було діагностовано у кожного третього новонародженого з важким перебігом інфекції, в 3,5 рази частіше спостерігалася важка асфіксія при народженні. Тривалий безводний проміжок мав місце у 48,6% новонароджених, які вижили, проти 87,2 % серед дітей з летальними наслідками. Клінічний перебіг інфекцій характеризувався розвитком пневмонії у 100% новонароджених, гепатиту – 43,4%, нефриту – 48, 2%, у 3,5 рази рідше діагностувалися некротичний ентероколіт та кардит. Серед категорії недоношених дітей з екстремально малою масою тіла летальність внаслідок перенесеної інфекції була достовірно вища (28% проти 9,5% та 7%, $p < 0,1$) у порівнянні з новонародженими з дуже малою та малою масою тіла, та супроводжувалася розвитком важкої поліорганної недостатності та ДВЗ синдрому у 92,5% дітей, які померли.

Висновки: Проведене дослідження виявило зв'язок перинатальних факторів із несприятливим прогнозом у передчасно народжених новонароджених, основними з яких були затримка внутрішньоутробного розвитку плода, тривалий безводний проміжок, гнійний фунікуліт та хоріоамніоніт. Основними прогностичними факторами у новонароджених були екстремально мала маса тіла, важка асфіксія при народженні, поліорганна недостатність, ДВЗ синдром.

А. В. Нестреляй

ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Кафедра пропедевтики педиатрии

Е.А. Старец (д.мед.н., проф.)

Одесский национальный медицинский университет

г. Одесса, Украина

Актуальность: Детский аутизм представляет собой нарушение психического развития, характеризующееся аутистической формой контакта с окружающими, расстройствами речи и моторики, стереотипности деятельности и поведения, приводящими к нарушениям социального взаимодействия. Данная проблема является одной из наиболее актуальных в мире и привлекает особое внимание врачей различных специальностей на протяжении многих десятилетий. По данным Всемирной организации аутизма в 2008 г. 1 случай аутизма приходился на 150 детей, а по результатам исследований 2016 года – 1 случай на 88 детей, что на 23% больше, чем предыдущая оценка. В Украине таких детей насчитывается порядка 5 тысяч, в Одессе, по крайней мере, несколько сотен. Одним из наиболее эффективных методов коррекции аутизма является анималотерапия, а именно – дельфинотерапия.

Цель: Оценить положительное влияние дельфинов на детей, страдающих аутизмом.

Материалы и методы: Для исследования была отобрана группа детей в возрасте 4-7 лет с расстройствами аутистического характера. Исследование проводили на базе одесского дельфинария, в центре дельфинотерапии.

Результаты: За время проведения эксперимента курс прошли 20 детей, которые показали впечатляющие результаты. Наше исследование продемонстрировало, как программа игровых упражнений с дельфинами обучает ребенка общению и взаимодействию с животными, расширяет его кругозор, ориентирует в пространстве, стимулирует физическое и психоречевое развитие. На занятиях с участием психолога и дельфинолога закрепляются позитивные модели поведения и общения. Ребенок учится правильно владеть своим телом, приобретает навыки языка жестов, учится самостоятельности и независимости.

Выводы: Согласно результатам проведенных исследований мы пришли к выводу, что с помощью индивидуальных обучающих программ, в том числе дельфинотерапии, ребенок получает возможность приспособиться к миру обычных людей — перестает бояться, учится конструктивно взаимодействовать с окружающими. Есть еще один важный момент использования дельфинотерапии: воздействие на организм ребенка ультравысокими частотами, излучаемыми сонаром дельфина, приводит к выработке эндорфинов, гормонов счастья. Эндорфины способствуют лечению аутизма: стимулируют мозговую деятельность, улучшают процессы мышления и запоминания, повышают иммунитет. Сеансы дельфинотерапии улучшают настроение ребенка и его общий тонус. Терапевтический эффект от сонара дельфина существенный бонус этого типа анималотерапии.

Нгуен Тхи Лиен

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С СУБСЕПСИСОМ ВИССЛЕРА-ФАНКОНИ

Кафедра педиатрии №2

С.О.Губарь (к.мед.н., ас.), Е.В.Сергиенко (к.мед.н., ас.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Субсепсис Висслера-Фанкони (СВФ) на сегодняшний день рассматривается как аутовоспалительное заболевание, характеризующееся лихорадкой, экзантемой, артралгией. Этиопатогенез данного синдрома недостаточно изучен, однако известно, что СВФ приводит к развитию системного ювенильного ревматоидного артрита в 50% случаев при несвоевременной диагностике и лечении. Наше внимание к данному заболеванию обусловлено крайне сложной диагностикой и дифференциальной диагностикой с рядом аутоиммунными, инфекционными заболеваниями.

Цель: Изучить особенности манифестации и течения СВФ.

Материалы и методы: Ребенок М., 2 лет 5 месяцев с диагнозом СВФ, находился в КЗОЗ «ГКДБ № 16» Харькова. Жалобы при поступлении: субфебрилитет, боли в суставах и мышцах, высыпания на коже. Симптомы появились за 3 месяца до поступления в клинику. Ребенок лечился амбулаторно: противовирусная, антигистаминная, антибактериальная терапии, НПВС; на фоне этого состояние больного кратковременно улучшалось, однако через неделю симптомы возобновлялись. Объективно на момент госпитализации: состояние средней тяжести, сознание ясное, субфебрилитет, эритематозные высыпания на лице, туловище, конечностях, суставы не изменены, активные и пассивные движения в полном объеме. Лабораторно: гемоглобин 86г/л, эритроциты $3,0 \cdot 10^{12}/л$, повышены уровни γ -глобулинов (23,0%), серомукоидов (12,2ед), IgE (264,6МЕ/мл), АЛТ (0,94мкмоль/мл/ч), ЩФ (3,8мкмоль/мл/ч), КФК (57Ед/л). Снижены уровни кальция и фосфора крови (1,96 и 1,63ммоль/л), анализ мочи по Сулковичу положительный. Анализ мочи: изостенурия (1008), протенурия (0,0402г/л), лейкоцитурия (15-20 в п/зр.). Анализ на токсокароз - положительный. По данным УЗИ: реактивный гепатит (РГ) и лимфоаденопатия (РЛП), панкреатопатия, тимомегалия, аномальная

хорда левого желудочка (АХЛЖ). На основании вышеперечисленных данных был поставлен клинический диагноз: основной – СВФ, сопутствующие заболевания – тимомегалия 1 стадии, токсокароз (серологически), атопический дерматит, РГ, РЛП, АХЛЖ. Терапия включала в себя гипоаллергенную диету, стол №5, преднизолон 2мг/кг/сут., антибактериальную и противовирусную терапию (цефепим, бицилин-3, амиксин), инфузионную терапию (реосорбилакт, глюкозо-солевой раствор), симптоматическую терапию (димедрол, альмагель, курантил). Через 36 часов после терапии преднизолоном самочувствие больного улучшилось. Пациент наблюдался в течение года. В этот период проводилась бициллинопрофилактика, постепенное снижение дозы преднизолона, препараты кальция, витамины. Состояние оставалось стабильным, рецидива не регистрировали, коррекция терапии производилась ежемесячно.

Результаты: Длительное наблюдение и лечение основного заболевания привело к выздоровлению, однако рекомендовано наблюдение за ребенком в течении 5 лет.

Выводы: Дебют СВФ маскируется под ряд других заболеваний, ввиду чего затруднена своевременная диагностика. Длительная терапия и динамическое наблюдение за данными пациентами приводит к благоприятному исходу заболевания.

Д.А. Олексієвць, Я.Й Тросцінська

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГРИПУ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ В ПЕРІОД ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СПАЛАХУ 2016-2017 РОКІВ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Щорічно в Україні на грип та інші ГРВІ хворіє від 9 до 16 млн осіб, що становить 75-85% від загальної захворюваності на інфекційну патологію. Грип має здатність змінюватися та мутувати, тому медикам доводиться постійно винаходити нові ліки. З початку епідемічного сезону в Україні зареєстровано 4597434 хворих на грип та ГРВІ. Діти до 17 років складають 70,1% від загальної кількості хворих. Летальність станом на середину лютого 2017 року становить 21 особа. На території Вінниччини методом ПЛР досліджено матеріал від 76 осіб, 35 виявились позитивними на грип А Н3N2 (Гонконг), який є дуже небезпечним через відсутність до нього імунітету в українців.

Мета: Провести аналіз епідеміологічної ситуації по грипу, яка склалась у Вінницькій області під час спалаху 2016-2017 років, а також з'ясувати особливості клінічного перебігу грипу у дітей, особливості діагностики та лікувальної тактики.

Матеріали і методи: Проведено дослідження та статистична обробка клінічних матеріалів 17 історій хвороб хворих за 2016-2017 роки в період найбільшого епідеміологічного спалаху, які проходили стаціонарне лікування з приводу грипу на базі ВОКДІЛ з грудня 2016 року по лютий 2017 року.

Результати: В період останнього епідеміологічного спалаху на стаціонарному лікуванні у ВОКДІЛ перебувало 17 дітей, серед них діти до 3 років—3 (17,45%), від 4 до 9 років—7 (41,2%), старше 10 років—7 (41,2%). У 9 (52,3%) із них грип ускладнився поза лікарняною двобічною пневмонією серед яких хлопчики становили 6 осіб (66,7%), дівчатка—3 (33,3%). У 1 дитини (5,9%) спостерігалось таке ускладнення, як трахеобронхіт, ще в 1 (5,9%)—ацетонемічний синдром, а в 6 дітей (35,9%) ускладнень не спостерігалось. Серед усіх пролікованих дітей, методом ПЛР грип було підтверджено у 2 (11,8% тип А Н2N3), методом ІХА у 13 (76,4%), у 2 дітей (11,8%) грип не було підтверджено. Всі хворі отримували противірусні препарати, серед яких таміфлю (озельтамевір) застосовувався у 13 пацієнтів (76,4%), ізопринозин у 4 (23,5%). Крім того, діти із захворюванням середнього ступеня важкості (8 осіб—47,7%) отримували лікування 1 антибіотиком—сульбактомакс, середня тривалість перебування в стаціонарі 6±1 день. Діти з пневмонією отримували лікування 2 антибіотиками: сульбактомакс+кларитроміцин—3 хворих (17,6%), середня тривалість перебування в стаціонарі 6±2 дні; сульбактомакс+фромлід—4 (23,5%), середня тривалість перебування в стаціонарі 7±2 дні; сульбактомакс+амікацин—2 (11,8%), середня тривалість перебування в стаціонарі 9 днів.

Висновок: У Вінницькій області в останній епідеміологічний сезон переважав грип типу А Н3N2 («Гонконг»), який мав швидкий розвиток ускладнень у вигляді поза лікарняної двобічної пневмонії та вирізнявся яскравою клінічною симптоматикою. Серед хворих на пневмонію переважають діти старшої вікової групи (55,6%), хлопчиків вдвічі більше (66,7%). Найефективнішою схемою лікування пневмонії як ускладнення грипу визначено таку: сульбактомакс+кларитроміцин.

О.В.Ординська, О. Ю. Іванова
ДІАГНОСТИКИ АСКАРИДОЗІВ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії ПО

А.О. Асонов

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: За даними всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність аскаридозу у світі — близько 1 мільярду людей. В Україні аскаридоз відноситься до гельмінтозів, які найбільш поширені в Україні і на який хворіють переважно діти. Одним з головних методів лабораторної діагностики аскаридозу у кишкової фази перебігу являється копрологічне дослідження, що дозволяє виявити яєць аскарид. Проте пряма мікроскопія має ряд недоліків, основним з яких є неможливість охоплення всього зразку в поле зору, внаслідок чого можуть бути хибно негативні результати мікроскопії. Це вимагає пошуку методів для більш точної діагностики аскаридозу.

Мета: Оцінити діагностику аскаридозів у дітей методом мікроскопії зі збагаченням матеріалу за Фюллеборном.

Матеріали та методи: Було проведено ретроспективний аналіз результатів дослідження калу 3997 дітей віком до 18 років, які знаходились на лікуванні в ДКЛ №8 м. Києва, середній вік становив $(8 \pm 2,38)$ років. Дослідження проводилось за методом мікроскопії зі збагаченням за Фюллеборном (насиченим розчином хлориду натрію: 5 г фекалій з 20-кратною кількістю розчину). Дослідженню підлягала верхня плівка і осад, де і накопичуються яйця гельмінтів. Група порівняння складала 2675 дітей віком до 18 років, середній вік $(7 \pm 3,53)$ років, які проходили обстеження в поліклініці №1 Святошинського району м. Києва. Дослідження проводилось шляхом прямої мікроскопії без збагачення.

Результати: З 3997 дітей, обстежених методом мікроскопії зі збагаченням Фюллеборна у 240 пацієнтів (6,0%) виявлено аскариди. У групі порівняння з 2675 дітей, обстежених методом прямої мікроскопії без збагачення, виявлено статистично достовірно ($p < 0,05$) менше випадків виявлення аскарид - 46 (1,71%).

Висновки: Мікроскопія калу зі збагаченням матеріалу методом Фюллеборна статистично достовірно ефективніший, ніж копрологічне дослідження без збагачення і може широко використовуватись з діагностичною метою для виявлення аскаридозу серед населення дитячого віку.

Н.В. Орлова, М.О. Харькова

**ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ
МАССОЙ ТЕЛА**

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Т.В. Чайченко (д.мед.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Ожирение у детей и подростков - это актуальная и весьма серьезная проблема. Избыточная масса тела является причиной формирования сердечно-сосудистых, неврологических, респираторных, ортопедических проблем и канцерогенеза. Рост количества детей с избыточным весом в наши дни объясняется, преимущественно, неправильным питанием и малоподвижным образом жизни. Скорость распространения ожирения имеет эпидемиологический масштаб. С каждым годом количество детей с избыточным весом значительно увеличивается, что представляет угрозу для подрастающего поколения.

Цель: Изучение наиболее распространенных пищевых продуктов у детей и подростков с избыточной массой тела, с целью усовершенствование способов коррекции питания и профилактики ожирения.

Объект и методы: Обследовано 121 ребенок, находившиеся на стационарном лечении в Областной детской клинической больнице г. Харькова, из которых 81 мальчик и 40 девочек. Проведено антропометрические исследования и анкетирования с использованием оригинальных опросников, построенных в соответствии с современными рекомендациями по питанию (АНА, в 2014 году) и здоровой гидратации (EFSA, 2010).

Результаты: По данным исследования, среди опрошенных 64% составляют дети с избыточной массой тела (индекс массы тела более 85 перцентиля, $+ > 1 Z$ -score) и 57% с нормальной массой (индекс массы тела в диапазоне 15-85 перцентиля, что соответствует $\pm 1 Z$ -score). Установлено, что дети с избыточной массой тела имеют большее количество основных ($p = 0,0006$) и промежуточных ($p = 0,0012$) приемов пищи. Интервал между последним приемом пищи и сном у детей с ожирением составляет $1,25 \pm 0,57$ часа ($p < 0,001$). Дети употребляют мало овощей, а также нередко заменяют основной прием пищи фруктами. Промежуточный прием пищи 65,3% детей состоит из мучных изделий и шоколада. Что касается хлебобулочных изделий, то 63% детей отдадут предпочтение белому хлебу, причем 30% употребляют его на каждый прием пищи в количестве 3-4 куска.

Выводы: Таким образом можно сказать, что проведенное нами исследование свидетельствует о проблеме питания детей и подростков с избыточной массой тела: дети злоупотребляют хлебобулочными изделиями, при этом менее регулярно питаются мясными и рыбными блюдами, а также овощами и фруктами. Дети и подростки с избыточной массой тела употребляют больше килокалорий, чем требующихся их организму для

полноценного роста и развития, что в свою очередь приводит к неизбежному накоплению лишнего килограмма. Знание этих особенностей помогает провести коррекцию пищевых привычек и профилактику ожирения у детей.

О.В. Павлік, І. І. Габрук
ОЦІНКА ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ГРВІ СЕРЕД ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №1
Я.М. Кулик (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рівень захворюваності гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ) перевищує рівень всіх інших інфекційних захворювань серед дітей у 7-7,7 разів. Майже 90 % дітей хворіють на ГРВІ щороку. У природі циркулює понад 200 вірусів, що можуть бути причиною виникнення ГРВІ. Вони об'єднані в одну групу за двома ознаками: єдиним механізмом передачі збудника (повітряно-краплинним) і розвитком патологічного процесу в дихальних шляхах.

Мета: Оцінити підходи до лікування ГРВІ у дітей та їх відповідність сучасним рекомендаціям.

Матеріали та методи: Проаналізовано дані карт стаціонарних хворих і обстежено 36 дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні у торакопульмонологічному відділенні ВОДКЛ у грудні 2016 року. Для дослідження було відібрано дітей, які поступили у лікарню з діагнозом при направленні «ГРВІ». Вік дітей від 3 до 16 років. Статистична обробка виконувалась на персональному комп'ютері.

Результати: У досліджуваній групі частота випадків ГРВІ серед дітей дошкільного віку становить 44% (16 дітей) та шкільного віку 56% (20 дітей). Серед хворих переважали хлопчики – 20 (56%), дівчаток відповідно було 16 (44%). Встановлено, що у 17% випадків дітей було направлено до ВОДКЛ сімейним лікарем, у 66% випадків звернулися самостійно та решта (17% випадків) були доставлені швидкою допомогою. 23 дітей (64% випадків) поступили з міста, 13 дітей (36% випадків) - з сільської місцевості. Виявилося, що діагноз при направленні у стаціонар у 16 дітей, що склало 44%, був «ГРВІ. Пневмонія». Остаточний діагноз, встановлений у стаціонарі: ГРВІ, гострий ринофарингіт у 23% випадків; гострий обструктивний бронхіт – 44% випадків; пневмонія підтверджена у 25% випадків; грип А – у 8%. Для оцінки лікування всіх дітей було розділено на 2 групи. До 1-ої групи (75%) відносились ті, що на догоспітальному етапі лікувались самостійно. До 2 групи (25%) ввійшли пацієнти, що отримували лікування за рекомендацією сімейного лікаря. З'ясувалося, що серед дітей 1-ої групи використовували антибіотики 23%, протівірусні препарати 15%, жарознижуючі 33% та 29% взагалі не лікувались медикаментозними препаратами. У другій групі антибіотики призначалися в 44% випадків, протівірусні засоби – в 24% випадків та жарознижуючі у- 32% випадків.

Висновки: Отже, отримані дані свідчать, що як серед дітей, що лікувались з приводу ГРВІ в домашніх умовах самостійно, не звертаючись за медичною допомогою, так і серед тих, кому лікування було призначене сімейним лікарем, частина дітей (6 дітей з 36 - 23%) отримували антибактеріальну терапію без відповідних показів.

П.В. Панчук, А.Я. Сірак, С.В. Муховська
ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ФОРМІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії
А.П. Юрцева (д.м.н., проф.), В.Б. Мотрюк (к.м.н., доц.)
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: В структурі захворюваності підлітків в останні роки спостерігається збільшення частоти вегетативних дисфункцій (ВД). Однією з клінічних форм ВД є вегето-судинна дистонія (ВСД). Складність проблеми діагностики і лікування ВСД полягає в тому, що зміни є поліморфними і неспецифічними.

Мета: Вивчення стану вегетативного гомеостазу та мозкового кровообігу у дітей з вегето-судинною формою ВД.

Матеріали і методи: Для виконання поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 56 дітей віком від 12 до 15 років, з них 69,6% дівчаток, 30,4% хлопчиків.

Результати : Аналіз клінічних симптомів захворювання показав, що основними скаргами у дітей були: болі голови-80,4%, серцебиття-41,1%, запаморочення-21,4%, лабільність АТ-55,4%. При об'єктивному обстеженні у переважній більшості дітей (73,2%) були симпатикотонії: «мармуровість» шкіри, кардіалгії, білий дермографізм, відчуття похолодання та виражений гіпергідроз кінцівок. У всіх обстежених дітей реєструвалися зміни на ЕКГ: ознаки гіпоксії міокарду(91,1%), порушення процесів реполяризації (80,4%), екстрасистолія (42,9%), синусова брадикардія (28,6%), порушення внутрішлуночкової провідності (21,4%). За даними кардіоінтервалографії у більшості дітей (67,9%) спостерігалось переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Ваготонія діагностовано у 19,6% обстежених дітей. І тільки у 12,5% дітей виявилася амфотонія. Отримані дані свідчать про напруження процесів регуляції вегетативної нервової системи у дітей

ВСД. Аналіз реоенцефалограм (РЕГ) показав, що у 55,4% обстежених дітей з вегето-судинною дистонією є ознаки підвищеного судинного тону, у 37,5% - внутрішньочерепна гіпертензія, у 32,1% - ознаки зниження інтенсивності пульсового кровонаповнення мозку, 12,5% дітей патології не було виявлено. За даними ультразвукової доплерографії (УЗДГ) судин головного мозку та шиї найбільша частина дітей (69,6%) мали вазоспазм, з них 19 обстежених – легкий спазм судин. У 13 дітей констатовано ангіоспазм основної артерії, у 18 – лівої середньої мозкової артерії, у 7 спазм судин каротидного басейну.

Висновок: Отримані дані свідчать, що у дітей з вегето-судинною формою вегетативних дисфункцій є переважання тону симпатичного відділу нервової системи, що проявляється ангіоспазмом судин головного мозку і вимагає адекватної корекції. Включення у комплексне лікування седативного препарату «Алора» і препарату «Кавінтон» супроводжується зменшенням інтенсивності нападів цефалгії, покращенням сну та мозкового кровообігу за даними РЕГ і УЗДГ.

М.І. Піщуліна

ВПЛИВ НА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ПОЛІМОРФНОГО ВАРІАНТУ RS804271 ГЕНА GATA4

Кафедра педіатрії №2

М.О. Шаламай (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В сучасній кардіології є концепція, яка стверджує про наявний безперервний розвиток серцево-судинних захворювань (від факторів ризику до смерті пацієнта). Складовими цієї концепції є дисбаланс ендотеліальної системи та процеси серцево-судинного ремоделювання, що призводять до гіпертрофії серця – основної причини інвалідності та смертності у світі. Вивчення генів кальциневринового шляху, що беруть участь у розвитку та функціонуванні імунної та нервової системи, морфогенезі серцевого клапану, рості та розвитку м'язів, можливо дозволить зрозуміти деякі процеси, пов'язані зі старінням та тривалістю життя, найближчим часом. Вважається, що коливання рівня Ca, а саме його підвищення, є важливим фактором внутрішньоклітинної регуляції розвитку гіпертрофії міокарда. Незважаючи на тривале вивчення даної проблеми, досі залишається актуальним пошук патогенетичних механізмів, що відповідають за становлення та прогресування гіпертрофії міокарда при різних станах. Збільшення іонів Ca сприяє підвищенню мітохондріального дихання та синтезу активних форм кисню, які в більших кількостях здатні призвести до загибелі мітохондрій та апоптозу сусідніх клітин. Ген GATA4 кодує специфічний для серця транскрипційний фактор GATA-зв'язуючий білок 4. Разом з NFAT4, у ядрі клітини він посилює експресію серцевих генів. Було виявлено асоціацію алеля T поліморфного варіанту rs804271 гена GATA4 з високими показниками індексу маси міокарда лівого шлуночка.

Мета: пошук взаємозв'язку поліморфного варіанту rs804271 гена GATA4 з довголіттям.

Матеріал та методи: Використовувались дві групи: люди, що прожили тривалий час (середній вік $82,1 \pm 0,2$ р, $n=50$); контроль (середній вік $44,0 \pm 0,4$ р, $n=80$). Визначення генотипів проводилось за допомогою метода ПЛР с наступним аналізом поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів з використанням горизонтального гелелектрофорезу.

Результати: Частоти генотипів і алелей поліморфного варіанта rs804271 гена GATA4 у людей, що прожили тривалий проміжок часу, та в контрольній групі мали статистично значущі відмінності ($p < 0,05$). Алель G rs804271 гена GATA4 пов'язаний з довголіттям ($p=0,002$).

Висновок: Можливо, алель G поліморфного варіанту rs804271 гена GATA4 забезпечує сильнішу стійкість генотипу до ушкоджень завдяки координації роботи генів кальциневринового шляху. У відповідь на підвищення рівня Ca^{2+} в клітині виробляється кальциневрин і зв'язує його. Мітохондрії не отримують сигнал для продукції активних форм кисню, що сприяє збереженню як окремої клітини, так і організму в цілому. Значна перевага гомозиготних генотипів GG в групі людей з великою тривалістю життя та збільшення частоти алеля G, може стверджувати протективне значення цього генетичного варіанту відносно серцево-судинних захворювань, а відповідно і тривалістю життя.

Т.Ю. Повшедна

ВРОДЖЕНІ ПУХЛИНИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

В.С. Олійник (к.м.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вроджені пухлини серця у дітей – маловивчена галузь дитячої кардіології, що пов'язано із рідкістю даної патології, поліморфізмом клінічної картини та складністю діагностики. Проте, з розвитком неінвазивних методів діагностики (КТ, МРТ), з'явилась можливість пренатальної діагностики вроджених пухлин серця. Зокрема, за останні 15 років частота реєстрації неоплазій серця зростає в 15 разів.

Мета: Визначити особливості клінічних проявів та діагностики вроджених пухлин серця у дітей, можливі

наслідки за відсутності лікування.

Матеріали та методи: Огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють проблему діагностики та лікування вроджених пухлин серця у дітей.

Результати: Загальноприйнятою є класифікація, що розділяє всі пухлини серця на три групи: міксони серця; доброякісні неміксематозні пухлини; злроякісні новоутворення – первинні та вторинні. В свою чергу, до доброякісних неміксематозних пухлин (80% випадків вроджених пухлин серця) відносять рабдоміоми, фіброми, тератоми, ліпоми, міоми. Вторинні пухлини утворюються внаслідок метастазування з легень, стравоходу, щитоподібної залози. За допомогою ЕхоКГ вроджені пухлини серця можна діагностувати вже на 16-20 тижнях вагітності. Пухлини досягають свого максимального розвитку у момент народження (рабдоміоми можуть мати розміри 1.4 x 1.8 см); основними симптомами в подальшому є порушення гемодинаміки, автоматизму, збудливості та провідності міокарда, серцева недостатність, неврологічні симптоми у вигляді судомних пароксизмів, розумової відсталості, аутизму, гіперактивності та агресії. У випадку маловираженої клінічної симптоматики вроджені пухлини серця, за відсутності діагностики, можуть стати причиною раптової смерті. Сучасні методи діагностики - ЕхоКГ, РКТ та МРТ, дозволяють візуалізувати пухлину, визначити її розміри, форму, локалізацію, інфільтративний чи порожнинний характер, рухливість, ступінь обструкції, взаєморозташування з клапанним апаратом, наявність капсули, ніжки. Характер пухлини визначає подальшу тактику лікаря. Пацієнти з гістологічно та функціонально доброякісними пухлинами серця повинні проходити ЕхоКГ та ЕКГ двічі на рік для з'ясування динаміки. У випадку гістологічної чи функціональної злроякісності вирішується питання про оперативне втручання. Вроджені пухлини серця характеризуються регресією впродовж першого року життя. Навіть за умови доброякісності, в період регресії пухлини стають електрофізіологічно активними, і можуть викликати аритмії.

Висновки: Отже, діти з пухлинами серця знаходяться в групі ризику раптової смерті, у випадках маловираженої клінічної симптоматики. Саме тому є обов'язковим пренатальний скринінг вагітних в другому триместрі на предмет наявності вроджених пухлин серця у плоду, що, в подальшому, зможе забезпечити вчасне оперативне лікування.

І.І. Ремінна

ПОКАЗНИКИ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ (TLR 2 ТИПУ), ЯК КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНОЇ ТА НАБУТОЇ ПНЕВМОНІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №1

О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Патологія дихальної системи є однією з основних причин високої захворюваності та смертності новонароджених дітей. Рання неонатальна інфекція передається вертикально від матері, а пізня - горизонтально, в тому числі у вигляді нозокоміальної інфекції. Новонароджені з тяжкою перинатальною патологією є головним резервуаром госпітальних штамів бактерій [Знаменська Т. К., 2012]. Заумов значної питомої ваги перинатальних інфекцій та ранніх неспецифічних клінічних симптомів у новонароджених дітей, питання діагностики є дуже складним [Ковальова О. М., 2013]. Важливу роль у первинному захисті організму людини від патогенів відіграє природжена імунна система, ключовими рецепторами, якої є Toll-подібні рецептори (TLRs) [Corbett N.P., 2010]. TLRs забезпечують молекулярну ідентифікацію патогену із подальшим включенням важливих компонентів спадкового імунітету. Функціонуючи на зовнішній мембрані моноцитів, макрофагів, нейтрофілів, еозинофілів та тучних клітин макроорганізму, TLRs мають характерну властивість розпізнавання молекулярних структур мікроорганізмів, які отримали назву PAMP (pathogen-associated molecular patterns). Toll-подібні рецептори 2 типу (TLR2) беруть участь в розпізнаванні широкого діапазону PAMP не тільки бактерій, але і різних інших патогенних мікроорганізмів - вірусів, грибів і паразитів [Hua Z., 2013].

Мета: Дослідити вміст TLR2 у новонароджених з вродженою та набутою пневмонією.

Матеріали і методи : Проведено клініко-параклінічне обстеження 71 доношеної новонародженої дитини, хворих на пневмонію. Їм проведені лабораторні та інструментальні методи обстеження (вміст Toll Like Receptor 2 в сироватці крові, рентгенологічне дослідження органів грудної клітки).

Результати : Ми проаналізували вміст TLR2 у сироватці крові новонароджених дітей основної групи та групи контролю у перші три дні життя. Виявлено, що показники вмісту TLR2 у дітей контрольної групи, були нижчими ($0,4 \pm 0,03$ нг/мл), ніж дітей основної групи ($p < 0,05$). А також, вміст TLR2 у дітей, які мали клініку вродженої пневмонії (I група) був значно нижчим ($0,6 \pm 0,08$ нг/мл), ніж у дітей з набутою пневмонією (II група) ($1,9 \pm 0,03$ нг/мл) ($p < 0,001$). Серед дітей I групи було 2 дітей, які померли у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології, їх показники TLR2 у сироватці крові, достовірно не відрізнялись. Оцінка показнику TLR2, в залежності від локалізації запального процесу в легенях, показала, що у дітей I групи із вогнищевим та сегментарним запаленням вміст TLR2 удвічі перевищував аналогічний показник дітей із зливними пневмоніями (відповідно $0,7 \pm 0,01$ та $0,3 \pm 0,01$ нг/мл, $p < 0,05$). Натомість, у дітей II групи спостерігався найвищий показник

3,4±0,07 нг/мл у дітей з зливним запальним процесом, а найнижчий 1,6±0,03 нг/мл при вогнищевому і сегментарному характері ураження легень (p<0,05).

Висновки: Вміст TLR2 у сироватці крові новонароджених дітей, які мали в неонатальному періоді клінічні симптоми дихальної недостатності та інтоксикації, достовірно перевищував показники групи контролю (відповідно 0,6±0,08 нг/мл, 1,9±0,03 нг/мл та 0,4±0,03 нг/мл). А також, показник TLR2 у дітей I групи був достовірно нижчим (0,6±0,08 нг/мл), ніж у дітей II групи (1,9±0,03 нг/мл). Встановлено зворотню залежність вмісту TLR2 від важкості запального процесу в легенях, зокрема від рентгенологічної картини поширеності інфільтративних змін. Так, із поширенням інфільтративних змін в легенях, у дітей II групи спостерігалось збільшення рівня TLR2, а у дітей I групи - зменшення.

Я.О. Родь, О.О. Ющенко

ПОШИРЕНІСТЬ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ПАРОКСИЗМАЛЬНУ ВЕГЕТАТИВНУ НЕДОСТАТНІСТЬ.

Кафедра педіатрії №4

І.О. Мітюряєва (д.мед.н., проф.), Г.В. Гнилокурченко (к.мед.н., ас.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м.Київ, Україна

Актуальність: Відомо, що вегетативна нервова система (ВНС) значно впливає на морфологічну структуру, функціональну активність щитоподібної залози (ЩЗ), з другого боку ЩЗ за рахунок гормональної регуляції призводить до змін активності різних відділів ВНС. За даними численних досліджень спостерігається виразна тенденція до підвищення частоти і важкості захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) серед дітей. Поширеність вегетативних дисфункцій складає 20-80% серед дитячого населення за даними різних вчених. Останнім часом значно зростає частота виявлення тяжкої форми вегетативної дисфункції – пароксизмальної вегетативної недостатності (ПВН).

Мета: Дослідити поширеність патології щитоподібної залози у дітей хворих на пароксизмальну вегетативну недостатність.

Матеріали та методи: Було обстежено 165 дітей з ПВН віком від 7-17 років (середній вік -14,06 ±0,18), які перебували на лікуванні в Центрі вегетативних дисфункцій ДКБ №6 м.Києва. Серед обстежених було дівчат 95 (57,5%) і хлопців 70 (42,5%). Усім пацієнтам проводили УЗД ЩЗ, визначали рівень гормонів ЩЗ (Т3, Т4, ТТГ і АТПО) в крові з наступною консультацією ендокринолога. Статистична обробка результатів проводилась з використанням програмних пакетів MS Excel та SPSS 22,0.

Результати: Після проведених обстежень та консультації ендокринолога у 79 (47,8%) була виявлена патологія ЩЗ, з них 43 дівчинки та 36 хлопчиків. У решти 86 (52,2%) хворих на ПВН патології ЩЗ не було. За результатами УЗД ЩЗ – структура неоднорідна у 62% пацієнтів, однорідна у 38%, капсула ущільнена у 8,9%, не ущільнена у 91,1%, вузли виявлені у 8,9%, фолікули у 22,8%, знижена ехогенність спостерігається у 7,5%, підвищена у 3,8%, анехогенні вclusions у 30,4%, гіпоехогенні вclusions 3,8%, гіперехогенні вclusions 12,7%. При обстеженні гормонального статусу підвищення рівня Т3 виявлено у 7,6%, зниження Т3 у 5%, підвищення рівня Т4 у 2,5%, зниження Т4 у 3,8%, підвищення рівня ТТГ у 2,5%, зниження у 5%, АТПО у 3,8%. По результатах заключення ендокринолога встановлено дифузний нетоксичний зоб - 12,8% хворих, дифузний токсичний зоб - 7,7%, вузловий зоб - 5,1%, аутоімунний тиреоїдит - 6,4%, гіпотиреоз - 7,7%. У інших пацієнтів виявлені порушення були інтерпретовані як явища йододефіциту, що свідчить про необхідність діагностики йодного статусу пацієнтів.

Висновки: Патологія ЩЗ виявлена майже у половини дітей (47%), що хворіють на ПВН. Дані свідчать про доцільність проведення діагностики патології ЩЗ, адже це дозволить вчасно розпочати лікування та запобігти виникненню ускладнень.

Н. П. Русак

РІВЕНЬ ПАРАТГГОРМОНУ ТА ПОКАЗНИКИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З РАХІТОМ НА ТЛІ НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ

Кафедра педіатрії № 1

О. С. Яблонь (д. мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Недоношені діти, народжені з масою тіла менше 1500 г, мають «особливі» захворювання. Одним з таких захворювань є метаболічна хвороба кісток недоношених, у літературі частіше зустрічається визначення даного стану як остеопенія, рідше - рахіт недоношених (S. Viswanathan et al., 2013). Сироватковими маркерами остеопенії у недоношених дітей є кальцій (Ca), фосфор (P), активність лужної фосфатази (ЛФ). Регуляція фосфорно-кальцієвого обміну здійснюється через секрецію паратиреоїдного гормону (ПТГ). Під впливом ПТГ Ca кісткових апатитів переходить в розчинну форму, завдяки чому рівень іонізованого Ca може бути відновлений (A. C. Ross et al., 2011). Особливої уваги заслуговує проблема зростання кількості пацієнтів з

некротичним ентероколітом (НЕК), поширеність якого зростає паралельно з успіхами у виживанні глибоко недоношених дітей. Відсутність чіткої інформації про особливості перебігу у таких хворих дизметаболических хвороб, зокрема рахіту, зумовило проведення подібного дослідження.

Мета: Дослідити рівень загального кальцію, неорганічного фосфору, активність лужної фосфатази та паратгормону в сироватці крові у недоношених дітей з рахітом, які перенесли в неонатальному періоді некротичний ентероколіт та їх зв'язок з тяжкістю перебігу рахіту.

Матеріали і методи: У процесі виконання роботи нами було обстежено 20 недоношених дітей з рахітом у віці від 2 тижнів до 1,5 місяців, які мали гестаційний вік від 26 до 34 тижнів, з масою тіла від 780 г до 1800 г. Їх було поділено на дві групи: 10 дітей які народилися недоношеними та перенесли в неонатальному періоді НЕК (перша група); 10 недоношених дітей такого ж віку без НЕКу (друга група). Всім дітям досліджували рівень загального кальцію, неорганічного фосфору, активність лужної фосфатази та рівень паратгормону в сироватці крові.

Результати: У дітей першої групи показники біохімічного дослідження крові були достовірно нижчими аналогічних у дітей з групи порівняння: рівень загального кальцію – $2,0 \pm 0,04$ ммоль/л та неорганічного фосфору – $1,44 \pm 0,02$ ммоль/л ($p < 0,05$). Активність лужної фосфатази – $620,53 \pm 55,10$ Од/л достовірно переважала показник групи порівняння ($p < 0,05$). Вміст паратгормону був нижчим аналогічному показнику у дітей з групи порівняння – $11,80 \pm 0,28$ ($p < 0,01$), при цьому у 5 дітей з рахітом та НЕК рівень паратгормону був нижче норми.

Висновки: Отримані дані свідчать про те, що метаболічні порушення у недоношених дітей з рахітом на тлі некротичного ентероколіту більш глибокі. Таким чином можна зробити висновок, що НЕК у недоношених дітей погіршує перебіг рахіту та дана категорія дітей потребує корекції профілактичної дози вітаміну Д3 та покращення ефективності лікування рахіту для усунення даних проблем.

Р.О. Рябчун, А.О. Шиманський, Н.Г. Лебеденко

АТЛАНТИЧНА ХВОРОБА У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №1

О. І. Ізюмець (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Атлантична хвороба або ротаційний підвивих першого шийного хребця – це патологічний поворот першого шийного хребця направо чи наліво, що як правило, відбувається одночасно в декількох площинах. Поширеність пологової травми хребта і спинного мозку в середньому складає $19,3 \pm 0,6\%$, до того ж пологова травма хребта виникає в 2-3 рази частіше, ніж внутрішньочерепна. У 45-51% новонароджених з пологовою травмою виявляється саме ротаційний підвивих атланта.

Мета: Удосконалення способу проведення ранньої діагностики ушкоджень шийного відділу хребта у новонароджених, детальне вивчення причин та особливостей клінічного перебігу ротаційного підвивиху С1.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 35 новонароджених дітей. Серед них: у віці від 4 до 10 діб було 12 (34,2%), від 11 до 20 діб – 18 (51,4%) та від 21 до 30 діб – 5 (14,2%) дітей. Хлопчиків було 21 (60%), дівчаток 14 (40%). Рентгенологічні дослідження були виконані на апараті Sihhouette VR. Новонародженим з клінічними ознаками пологової травми верхньо-шийного відділу виконувалась бічна та трансоральна рентгенографія в горизонтальному положенні.

Результати: Серед обстежених новонароджених методом рентгенографії у 30 дітей з 35 (85,7%) виявлений ротаційний підвивих С1 хребця. Серед них підвивих С1 з ураженням міжхребцевого диска у 25 дітей (83%), без ураження міжхребцевого диска у 5 дітей (17%). Підвивих С1 з двобічним ураженням міжхребцевого диска був у 24 дітей (96%). Новонароджені були розділені на 2 групи: з ураженням міжхребцевого диска однакового ступеня тяжкості з обох сторін – 14 дітей (56%), різного ступеня тяжкості справа та зліва – 10 дітей (40%).

Висновки: Ротаційний підвивих С1 діагностується дуже рідко, а зустрічається часто – близько 85,7%, за даними нашого дослідження. Рання діагностика пошкоджень шийного відділу хребта дозволяє виявити патологію досить часто. Ретельний збір анамнезу по виявленню факторів ризику та клінічна настороженість сприяють ранньому виявленню ушкоджень шийного відділу хребта (а саме ушкоджень атланта).

В. Г. Савич

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ САНФІЛІППО

Кафедра педіатрії №2

М. О. Шаламай (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром Сафіліппо – мукополісахаридоз III типу, аутосомно-рецесивна генетична патологія, що полягає у порушенні катаболізму гепарансульфату, глікозаміноглікану (ГАГ), який бере участь у міжклітинних та синаптичних взаємодіях, Симптоми, спричинені накопиченням ГАГ у сполучній та мозковій

тканинах, виникають у віці від 2 років, характеризуються обмеженням рухомості суглобів, спленомегалією, тяжкою олігофренією, помутнінням рогівки, тощо. Для встановлення діагнозу необхідно виміряти рівень екскреції ГАГ з сечею та визначити активність лізосомальних гідролаз у крові. Методи лікування синдрому поки що на етапі розробки, тому таким пацієнтам у стаціонарі проводиться симптоматична терапія. Можливість народження у здорових батьків дитини з синдромом Санфіліппо робить скринінг, діагностику та терапію проявів патології актуальною проблемою медичної генетики.

Мета: Визначити основні ознаки синдрому Санфіліппо, фактори ризику його виникнення та варіабельність клінічних ознак.

Матеріали та методи: Під час дослідження даної генетичної нозології ми користувалися вітчизняними та іноземними інформаційними джерелами. Прояви нозології розглянули на прикладі конкретного клінічного випадку.

Результати: У березні 2016 року до Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні поступив пацієнт С. з ознаками ГРВІ. Вік дитини 6 років. Пацієнт народився від 4-ї вагітності, яка перебігала без ускладнень, на 39 тижні гестації. Сімейний анамнез ускладнений – ще одна дитина страждає від даної патології. Об'єктивно: у хлопчика грубі риси обличчя (повні губи, важкі повіки), ввігнуте перенісся, рух у дистальних суглобах обмежений, присутня вальгусна деформація стоп. Встановлений двосторонній астигматизм та білатеральне зниження слуху. Хлопчику діагностовано олігофренію. Під час проведення додаткових методів обстеження у пацієнта було виявлено дефіцит ферменту N-ацетил-а-D-глюкозамінідази (ензим катаболізму гепарансульфату) і підтверджено синдром Санфіліппо (мукополісахаридоз III B типу). Лікування у стаціонарі дитині проводилося з приводу основного захворювання; терапія супутньої патології (мукополісахаридозу) – симптоматична.

Висновки: Хоча синдром Санфіліппо – патологія, частота виникнення якої 1:29000, та аутосомно-рецесивний тип успадкування актуалізує дану проблему, так як хвороба може проявитися у дітей з абсолютно неускладненим сімейним анамнезом. Складність адаптації таких пацієнтів до соціального життя, неможливість вилікувати дану патологію повністю та проблеми симптоматичної терапії висувають питання медико-генетичної консультації та пренатальної діагностики на одну з перших позицій у аспектах планування сім'ї.

Г.П. Сосна

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ НЕМОВЛЯТ, ХВОРИХ НА КАШЛЮК

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

І.В. Дибас (к.мед.н., ас.)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Кашлюк – гостре інфекційне захворювання, на яке хворіють діти усіх вікових груп. Проте у дітей перших шести місяців життя перебіг кашлюка нетиповий через анатомо-фізіологічні та імунологічні особливості даного віку. Тому оцінка стану важкості хворої дитини при первинному огляді має велике значення в практичній діяльності лікаря для визначення подальшого алгоритму діагностичного та лікувального процесу.

Мета: Провести оцінку важкості стану дітей віком 0-6 міс., хворих на кашлюк, на момент госпіталізації в лікарню з використанням адаптованої шкали M.-P. Preziosi, E. Halloran, і порівняти з оцінкою стану, який встановив лікар приймального покою при первинному огляді.

Методи та матеріали: Рандомізований вибір та аналіз історій хвороб дітей віком 0-6 місяців, які знаходились на стаціонарному лікуванні у ЛОІКЛ з діагнозом «Кашлюк» за 2016 рік. Тяжкість перебігу кашлюку оцінювали за адаптованою шкалою M.-P. Preziosi, E. Halloran. Аналіз стану проводився за клінічними даними, які включали: важкість кашлю, апное, бронхіт/бронхопневмонія, крововилив/грижа, ін'єкція склер та блювання під час кашлю. Статистичний аналіз проводився з використанням MS Excel.

Результати: Опрацьовано 55 історій хвороб дітей віком 0-6 місяців, які лікувалися в ЛОІКЛ протягом 2016 року. Тяжкість стану немовлят за шкалою M.-P. Preziosi, E. Halloran була оцінена: у 3(5,5%) дітей – як стан середньої важкості, у 52(94,5%) дітей – як важкий стан. При встановленні частоти розбіжностей оцінки важкості стану з'ясовано, що у приймальному покої стан у 17(30,9%) дітей оцінено як середньої важкості. З них за шкалою M.-P. Preziosi, E. Halloran важкий стан спостерігається у 14(82,35%) дітей, а стан середньої важкості лише у 3(17,3%) дітей; у 27(49%) дітей загальний стан у приймальному відділенні оцінено наближеним до важкого, а за шкалою M.-P. Preziosi, E. Halloran у 27(100%) дітей – важкий стан; в 11(20%) дітей стан яких в приймальному покої оцінювався важким цілком співпав з оцінкою стану за шкалою M.-P. Preziosi, E. Halloran.

Висновки: Виявлено відмінності оцінювання загального стану немовлят лікарем при первинному огляді та за адаптованою шкалою M.-P. Preziosi, E. Halloran. Критерії важкості загального стану дитини, які визначаються при огляді часто суб'єктивні і залежать від досвіду та спостережливості лікаря. Виявлення розбіжностей підтверджує доцільність більш широкого використання шкали M.-P. Preziosi, E. Halloran з метою чіткого встановлення тяжкості загального стану немовлят хворих на кашлюк з метою оптимізації подальшої лікувальної тактики.

М.С. Стоян, В.М. Свєкатун, В.Д.Поліщук.
КОРЕКЦІЯ ФЕНОМЕНУ ГЕТЕРОХРОНІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕРОЗ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб
В.О. Дмитряков (д.мед.н., проф.)
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: Вади розвитку органів сечовидільної системи займають одне з провідних місць та складають більше 35-40% серед природжених захворювань дитячого віку. Гідронефроз складає 5% та є одним з найбільш важких захворювань. Однією з причин розвитку гідронефрозу є гетерохронія, що зумовлена нерівномірним дозріванням окремих функціональних систем організму у процесі онтогенезу.

Мета : патогенетичне обґрунтування використання малоінвазивних методик, спрямованих на раннє відновлення уродинаміки, що дозволить корегувати гетерохронію органів сечовидільної системи.

Матеріали та методи: Можна виділити два види гетерохронії, як єдиного процесу, притаманного усім живим організмам: акселерацію – прискореного розвитку тканин органу, та ретардацію – затримку розвитку та диференціювання тканин. Обидва цих явищ провокують порушення уродинаміки. Це призводить до застою сечі та підвищення внутрішньомискового тиску, який тягне за собою морфологічні та патофізіологічні пошкодження структур нирки. Організм дитини має великі компенсаторні можливості, тому тривалий час не вдається виключити патологічний вплив гетерохронії на функціонування сечовидільної системи. Рання діагностика порушень уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів дає можливість швидко реагувати та не допускати декомпенсації процесу. Трансвезикальне внутрішнє стентування сечоводу: маніпуляція полягає у розширенні звуженої зони, шляхом проведення калібрування, дилатації звужених частини сечоводу та мискоуретерального відділу, використовуючи балон - дилататор відповідного розміру з монотричним моніторингом балонного тиску. Використовувався стент відповідний віковим параметрам, та утримувався від 1 до 4 місяців при періодичному моніторингу стану уродинаміки скомпрометованої нирки. Після стентування на 2-3 день, при нормалізації стану, дитина виписувалась зі стаціонару на амбулаторне спостереження. Критеріями оцінки стану нирок, крім візуальних методів дослідження, були клінічні та лабораторні показники.

Результати: 3 2010 року в клініці дитячої хірургії з діагнозом гідронефроз за запропонованою методикою проліковано 18 дітей у віці від 1,5 до 7 років. Після ультразвукового, рентгенологічного контролю та відбору: хлопчиків – 10; дівчаток – 8. По локалізації: гідронефроз зліва – 11; справа - 7. Оцінка результатів проводилась за чотирьохбальною шкалою: відмінно - 5; добре - 3; задовільно - 2; незадовільно - 8. Незадовільні результати були отримані у 8 дітей з III ст. гідронефрозу, але вдалося адекватно відстрочити операцію, усунути запальний процес, поновити уродинаміку та нормалізувати загальний стан дитини.

Висновки: Використання малоінвазивних методик з урахуванням явища гетерохронії дозволить покращити результати лікування гідронефрозу у дітей.

Я.А. Степанова, О.Р. Дацків, С.О. Дмитренко
МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ТА ЇХ ІНФОРМАТИВНІСТЬ В ДІАГНОСТИЦІ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії № 2
О.О. Зборовська (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Реактивні артрити (РА) є важливою проблемою в педіатрії, що зумовлено насамперед їх значною поширеністю в структурі ревматичних хвороб у дітей та можливістю хронізації процесу і трансформації в ювенільний ідіопатичний хронічний артрит. Окрім клініко-параклінічних проявів захворювання, важливе місце для діагностики РА займають інструментальні методи. Ультразвукове дослідження суглобів, як малоінвазивний метод, розширює діагностичні можливості в дитячій артрології.

Мета: Оцінка інформативності ультразвукового та рентгенологічного методів дослідження в діагностиці РА у дітей.

Матеріали та методи: Обстежено 30 дітей з діагнозом «реактивний артрит», віком від 1 р. до 16 р., середній вік $8,26 \pm 0,34$ р. Всім дітям проведено комплекс клінічних, біохімічних досліджень та серологічні тести з визначенням титрів антитіл до вірусів Епштейн-Бара, цитомегаловірусу, хламідій, антистрептококових антитіл. Серед інструментальних досліджень поряд з рентгенологічним методом, всім хворим проведено ультразвукове дослідження уражених суглобів. Для кожної групи показників вираховували середнє арифметичне (М), середнє квадратичне відхилення (σ), середню помилку (m).

Результати: Серед 30 обстежених дітей було 11 дівчат (36,7 %), та 19 (63,3 %) хлопчиків. Майже половину хворих з РА становили діти дошкільного віку (1-7 років - 13 випадків (43,4 %)). У 20 (66,7 %) дітей мав місце гострий перебіг хвороби, у 9 (30 %) - затяжний перебіг та у 1 (3,3 %) дитини рецидивуючий. З анамнезу встановлено, що у 7 дітей (23,4 %) виникненню реактивного артриту передували інфекції верхніх дихальних шляхів, у 4 (13,4 %) дітей – травма. В той же у 14 (46,67 %) випадках були відсутні будь-які тригери в анамнезі.

У 21 (70 %) дитини захворювання перебігало у вигляді моноартриту, у 6 (20 %) – у вигляді олігоартриту, у 3 (10 %) відмічали поліартрит. Серед скарг відмічали біль в суглобах, припухлість, зміна місцевої температури, короткочасна ранкова скутість, порушення ходи, зменшення обсягу активних/пасивних рухів, лихоманка. Клінічно частіше зустрічалось асиметричне враження суглобів нижніх кінцівок. У 24 (80,0 %) дітей було вражено колінний суглоб, по 4 (13,33 %) випадка ураження кульшового та гомілково-ступеневого суглобів та в 2 пацієнтів (6,66 %) – дрібні суглоби кисті. В одиничних випадках спостерігалось враження плечового та променево-зап'ясткового суглобу. Ультразвукове дослідження суглобів зафіксувало зміни в 24 дітей (80 %) у вигляді синовіту, гіпертрофії синовії, тендиніту, бурситу, збільшення в об'ємі періартикулярних м'язових тканин та кіста Бейкера. Зміни на рентгенограмі були зареєстровані лише в 10 дітей (33,3 %) у вигляді ущільнення періартикулярних м'язових тканин та розширення суглобової щілини.

Висновок: Ультрасонографічне дослідження суглобів при РА у дітей є чутливим методом візуалізації, що не несе в собі додаткового променевого навантаження і може широко використовуватись для діагностики запальної патології суглобів та моніторингу перебігу хвороби.

В.О. Тищенко

ЛАКТАТ ДЕГІДРОГЕНАЗА ТА КРЕАТИНФОСФОКІНАЗА - МАРКЕРИ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ГІПОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ МОЗКУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №1

О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Недоношені діти мають низку досі не вирішених проблем, які часто пов'язані з гіпоксичним ураженням організму під час перинатального розвитку. У всьому світі щороку народжується близько 1.15 млн. дітей з гіпоксично-ішемічною енцефалопатією [Lee T. etall. 2013]. Це призводить до стійкого прогресуючого ураження нервової системи, серцево-судинної, опорно-рухової та інших систем. Сьогодні такі порушення діагностуються в старшому віці, коли відбулися незворотні зміни і сформувалася інвалідність. Тому зростає інтерес до пошуку біохімічних маркерів, які дозволять клініцистам провести діагностику і виявити захворювання на ранніх стадіях, коли ще зберігається актуальність профілактичних заходів.

Мета: Встановити вміст і значення біохімічних маркерів креатинфосфокінази (КФК) та лактат дегідрогенази (ЛДГ) у дітей з гіпоксичним ураженням нервової системи у відновному періоді.

Матеріали та методи: Обстежено та проведено біохімічне дослідження крові 10 дітей гестаційного віку 32,9 +/-1 тижнів, з середньою масою тіла при народженні 1929,0 +/- 149,0 г, які в неонатальному періоді перенесли гіпоксично-ішемічну енцефалопатію. Контрольну групу склали 8 дітей аналогічного віку та маси тіла, які не мали uszkodження ЦНС.

Результати: В результаті дослідження встановлено, що у недоношених дітей з малою масою тіла, які перенесли гіпоксичне ураження нервової системи в перинатальному періоді, у віці 3 – 6 місяців відсутні клінічні ознаки ураження головного мозку. Це описаний в науковій літературі т. з. «світлий проміжок», який у другому півріччі життя змінюється на симптоми моторного і когнітивного дефіциту. Разом з тим, визначаються зміни при біохімічному дослідженні крові. Встановлено, що рівень КФК у дітей, які в неонатальному періоді перенесли гіпоксично-ішемічну енцефалопатію, складає 159,8+/-27U/l. Аналогічний показник у дітей контрольної групи становить – 107,1+/-28,1U/l (p<0,05). При дослідженні рівня ЛДГ отримано такі результати: у дітей з першої групи середнє значення становить – 278,75+/-39 U/l; у дітей з контрольної групи – аналогічні показники значно менші і складають 244+/-19 U/l (p <0,05).

Висновки: В ході дослідження встановлено, що у недоношених дітей, які перенесли гіпоксичну енцефалопатію в неонатальному періоді, у віці 3-6 міс відсутні клінічні симптоми ураження мозку. В той же час вони мають достовірно вищі рівні ЛДГ і КФК, що є об'єктивними показниками ураження нервової системи і можуть використовуватись як маркери її гіпоксичного ураження.

К.І.Тищенко, В.В.Онишкевич, О.Л.Юнусова

ДИНАМІКА ФОРМУВАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ВИДІЛЕНИХ ВІД ПАЦІЄНТІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Ш. Сінгх (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Сьогодні проблема антибіотикорезистентності в усьому світі стала як ніколи важливою. Основною причиною тому є швидке вироблення мікроорганізмами плазмід резистентності до тих груп

препаратів, що рутинно і часто застосовуються лікарями. Незважаючи на те, що бактерії продовжують еволюціонувати, остання група антибіотиків була відкрита 29 років назад!

Мета: Метою нашого дослідження було визначення рівня антибіотикочутливості та резистентності у сучасних штамів мікроорганізмів та виявити їх резистентність в динаміці за даними бактеріологічної лабораторії Вінницької Обласної СЕС.

Матеріали і методи: Проаналізовано 587 антибіотикограм мікроорганізмів, виділених із посівів ран, носа, зіву, сечових шляхів та інших середовищ організму. Дані отримані на базі Вінницької Обласної СЕС з 2015 по лютий 2017 року. З отриманої вибірки також проаналізована динаміка змін антибіотикочутливості у *St.aureus*, *Streptococcus spp.*, *Str. Pyogenes*, *Enterococcus spp.*, *E. Coli*. Визначення чутливості флори до антибіотиків здійснювалося методом дисків з подальшим визначенням діаметру зони затримку росту бактерій.

Результати: Із загальної кількості мікроорганізмів (587), що були виділені при бактеріологічних дослідженнях було отримано 242 Гр(+) і 345Гр(-) представників флори. Серед них переважав *St.aureus*, що був виявлений у 183 випадках (31%). Іншими найчастішими представниками флори були: *Streptococcus spp.* - 41 випадок (6,9%), і здебільшого *Str. Pyogenes* (36 випадків), *Ps. Aeruginosa* – 87 випадків (14,8%), *Enterococcus spp.* – 51 випадок (8,6%), *E. Coli* – 41 випадок (6,9%). При дослідженні антибіотикорезистентності за період 2015-2016 років було виявлено таку динаміку змін: у *St.aureus* спостерігалось зниження чутливості до офлоксацину з 100 % до 90%, до гатифлоксацину з 100% до 71%, до кліндаміцину з 100% до 69%, доксицикліну з 95% до 70%. У *Str. Pyogenes* має місце зниження чутливості до лікнокміцину з 100% до 50%, до гатифлоксацину з 89% до 82%, до оксациліну з 84% до 75%, до ципрофлоксацину і левофлоксацину з 100% до 85%, до цефопіразолу з 100% до 75%. У *Ps. Aeruginosa* прогресивно зростає резистентність до 90-100% до цефтріаксону, цефотаксиму, ципрофлоксацину, гатифлоксацину, до 70 % для гентаміцину, імпенему і меропенему. У *Enterococcus spp.* наявне незначне зменшення чутливості на 5-10% до амікацину, тетрацикліну, цефотаксиму і цефтріаксону. У *E. Coli* спостерігається зниження чутливості до доксицикліну з 60% до 35%, до амікацину з 50% до 25%, до тетрацикліну з 50% до 16%, до левофлоксацину з 75% до 50%.

Висновки: Таким чином, спостерігається тенденція зниження чутливості мікроорганізмів до представників фторхінолонів, цефалоспоринових 3-4 покоління, аміноглікозидів. Тому потрібно наголошувати на необхідності застосування адекватної антибіотикотерапії в рекомендованих дозах і термінах, використання ступінчастого призначення антибіотиків і, звісно, контролювати результативність проведеного лікування.

І.О. Тімохіна, Є.В. Баштаннік, Д.В. Павлюк

ОСОБЛИВІСТЬ ЛІКУВАННЯ НЕУСКЛАДНЕНИХ ГРВІ У ДІТЕЙ 3-6 РОКІВ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.П. Черпахіна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Найбільш поширеним захворюванням серед органів дихання є гострі респіраторно-вірусні захворювання. Розроблені протоколи лікування цих пацієнтів, проте розвиток ускладнень не завжди передбачуваний, і достовірно не відомо, що їх викликає – особливості реагування організму, чи специфічна взаємодія ліків та їх метаболітів з живою клітиною, не виключено сполучення цих факторів. Звичайно економічні затрати на лікування в цьому випадку значно збільшуються, тому профілактика розвитку ускладнень ефективніша і доцільніша лікування.

Мета : Дослідити доцільність використання медичних лікарських засобів (ЛЗ) при ГРВІ. З'ясувати можливі ефекти при комбінації кількох ЛЗ.

Матеріали та методи : Нами були досліджені медичні амбулаторні картки 76 пацієнтів у віці від 3 до 6 років з діагнозом ГРВІ легкий перебіг. Для аналізу була використана розроблена нами скринінгова таблиця, яка включала питання анамнезу, та показів щодо призначення противірусних та антибіотичних ЛЗ. Отримані результати були оброблені методом статистичного аналізу.

Результати: Ефективність лікування вірусного захворювання потребує раціональної терапії, яка не виключає ранньої противірусної терапії, але застосування ЛЗ має бути обґрунтованим. Не варто забувати про побічні ефекти ліків, а особливо їх недоцільне використання, адже вважається, що 0,5-5% хворих потребують лікарняного лікування від нетипової реакції на препарат. За результатами наших досліджень було встановлено: хворих, які звернулись до лікаря у перший день захворювання було 6,6% (5), на 3-й день – 1,3% , без фіксації часу звернення – 92,1%. Наявність катаральних явищ у 67% (51) випадків, аускультативно бронхіальні хрипи вислуховувались у 1% (8) випадків. Субфебрильна температура у 29% (22) дітей, фебрильна у 2,6% (2). Загальний аналіз крові був проведений у 8% (6). Таким чином проведені дослідження показали, що 74 (97,4) дитини не мали підстав щодо призначення, як противірусних, так і антибактеріальних засобів. У всіх пацієнтів, у яких було проведено загальний аналіз крові (6) виявлено лімфоцитоз. Алергічних реакцій під час лікування зареєстровано не було.

Висновок: Таким чином проведені дослідження вказують на необхідність більш раціонального застосування ЛЗ з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу захворювання у пацієнтів.

О.А.Ткач
НЕКРОТИЧНИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №1
О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність : некротичний ентероколіт (НЕК) є найчастішим,серйозним хірургічним розладом у недоношених новонароджених відділення інтенсивної терапії новонароджених. На сьогодні на кожну 1000 немовлят, що народилися живими, припадає від 0,3 до 2,4 випадків. У більшості центрів НЕК зустрічається у 15 % немовлят з м.т. <1500 г. Не дивлячись на значні досягнення у виявленні і лікуванні НЕКу, в теперішній час він залишається однією з найважливіших причин смерті недоношених дітей. Подальшого вивчення потребують фактори ризику виникнення даної патології.

Мета: Вивчити фактори ризику розвитку, перебіг та наслідки НЕКу. Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз історій хвороб недоношених новонароджених, які знаходились на стаціонарному лікуванні в неонатологічному центрі ВОДКЛ, протягом 2016 року.

Результати: Проаналізовано 340 історій хвороб недоношених новонароджених дітей. За результатами аналізу, НЕК був діагностований у 21 дитини, що становить 6,17 %. Гестаційний вік новонароджених дітей коливався від 26 до 37 тижнів, в середньому гестаційний вік становив $31,7 \pm 0,95$ тижнів. Маса тіла при народженні коливалася від 910 до 2600 грам, середня маса становила 1857 ± 137 грам.Проведений аналіз показав, що НЕК I ст. мав місце у 6 дітей, що становить 28 %, НЕК II ст. – у 10 дітей (48 %), НЕК IVст. у 5 новонароджених, що становить, відповідно 24%.В середньому у неонатальний центр діти поступали на $7 \pm 1,5$ добу. За результатами аналізу було встановлено, що обтяжений перебіг вагітності і пологів мав місце у кожній жінки. Так, загрозу переривання вагітності мало 13 жінок (61%), маловоддя мало місце у 3 жінок що становить 14%, багатоводдя у 6, відповідно 28%, перенесена під час вагітності вірусна інфекція мала місце у 10 (47%), передчасне відшарування плаценти у 9 (42 %), прееклампсія у 9, що становить 42%. Низьку оцінку за шкалою Апгар на 1-5 хвилини (1-6 балів) мало 11 дітей, що становить 49 %, тобто кожна друга дитина страждала від гіпоксії. Здуття живота було присутнє у 17 новонароджених (80%), шлункова кровотеча мала місце у 2 дітей (8%), зригування у 4 (19 %), перитоніт розвинувся у 3 дітей (14%), стаз по зонду спостерігався у 6 (28%), та перфорація виникла у 3 новонароджених, що становить 14 %. Оперативні втручання були проведені 4-м дітям з IVст важкості НЕК. Не годувались діти від 1 до 25 діб. В структурі захворюваності дітей переважав РДС з розвитком в подальшому пневмонії - 13 дітей, що становить 61%, ВУІ мала місце у 10 дітей (48 %).

Висновки: Основними факторами ризику виникнення НЕКу у недоношених новонароджених дітей є обтяжений соматичний та акушерський анамнез, мала маса тіла при народженні, низька оцінка за шкалою Апгар, ускладнений перебіг неонатального періоду.

Я.Й.Тросцінська
ЗНАЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра педіатрії №2
М.О. Шаламай (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця Україна

Актуальність: Метаболічний синдром це мультифакторіальна патологія, яка характеризується порушенням вуглеводного, ліпідного обмінів та супроводжується розвитком важких змін в організмі. Жирова тканина є не тільки головним депо енергії в організмі, а й потужним ендокринним органом, що продукує ряд важливих адипоцитокінів серед яких важливу роль відіграє лептин, що синтезується адипоцитами і одночасно є цитокіном і гормоном. Крім того, здатний індукувати синтез інших цитокінів, таких як ІЛ-1а, ІЛ-6, фактор некрозу пухлини та ін., належить до основних центральних регуляторів апетиту, маси тіла і енергетичного балансу, які контролюються нейронами гіпоталамуса по принципу зворотного зв'язку. Лептин гальмує секрецію інсуліну і грає важливу роль в регуляції вуглеводного та жирового обміну.Адипонектин являє собою колагеноподібний протеїн, що синтезується виключно в білій жировій тканині та циркулює у відносно високій концентрації в сироватці, він відіграє важливу роль у модуляції метаболізму глюкози та ліпідів в інсуліночутливих тканинах людини.

Мета: Визначити закономірність між поліморфізмом генів адипонектину (ADIPOQ) та лептину (LEP) у пацієнтів, що страждають абдомінальним ожирінням на фоні метаболічного синдрому.

Матеріали і методи : В 94 пацієнтів з абдомінальним ожирінням на фоні метаболічного синдрому було досліджено рівень лептину та адипонектину за допомогою методу імуноферментного аналізу(ELISE) та

вивчено поліморфізм генів LEP A19A, A19G, G19G та поліморфізм генів ADIPOQG276G, G276T, T276T за допомогою ПЛР.

Результати : При аналізі отриманих даних у пацієнтів, було отримано, що розподілення A19A, A19G, G19G генів LEP в пацієнтів з ожирінням складає відповідно 19 %, 49 % і 32 %. Гени ADIPOQG276G, G276T, T276T виявлено у 18 %, 53 % і 29 % випадків.

Висновки: Лептин та адипонектин є важливими ланками між вуглеводним та ліпідним обміном. Структурні зміни генів призводять до порушення функціонування як самих адипокінів, так і усього організму, що проявляється у зміні метаболізму ліпідів, гомеостазу глюкози, процесів запалення та в цілому призводить до ряду важких патологій таких, як ЦД 2 типу, атеросклероз, жирова інфільтрація печінки, а з віком призводить до деменції та когнітивних розладів. Тому як маркери абдомінального ожиріння на фоні метаболічного синдрому можуть бути використані поліморфізми генів ADIPOQ G276T і LEP A19G, що допоможуть у лікуванні.

В. А. Тростенюк

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

М.Р. Липко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день все більше дітей схильні до розвитку бронхіальної астми(БА). Це обумовлено забрудненням навколишнього середовища, поганою екологічною ситуацією, а також використанням в продуктах харчування великої кількості хімічних добавок. БА є алергічним захворюванням, в основі якого лежить хронічний запальний процес в дихальних шляхах, що призводить до гіперсекреції слизу і звуження просвіту бронхів (обструкції). Частота в популяції від 4 до 10% в залежності від географічного регіону; а у дітей – до 13-17%.

Мета: Встановити особливості розвитку БА у дітей.

Матеріали та методи: Проведено аналіз наукової літератури відповідно тематиці та зроблено узагальнюючі висновки.

Результати: Найголовнішою причиною, по якій виникають астматичні напади, є гіперреактивність бронхів у дітей, вони занадто різко реагують на різноманітні подразники, особливо алергенного характеру. Серед дітей на БА частіше хворіють хлопчики. Просвіти бронхіального дерева у хлопчиків значно вужчі, ніж у дівчаток. БА являється мультифакторіальним захворюванням тому, якщо у дитини в родоводі хтось страждає від нападів БА або алергії, то ризик прояву такої недуги у дитини значно збільшується під впливом тригерів. Нерідко першим фактором, що провокує обструктивний синдром, стають ГРВІ. В останні роки відзначають роль хламідійної і мікоплазменної інфекцій. Також розвиток БА обумовлений спадковою схильністю до зайвої продукції IgE. Хронічний запальний процес і порушення регуляції тонуусу бронхів розвиваються під впливом різних медіаторів. Їх вивільнення із стовбурових клітин, активованих IgE, призводить до розвитку негайного і відстроченого бронхоспазму. Бронхіальна обструкція, що виникає під час нападу астми, - результат акумуляції спазму гладкої мускулатури дрібних і великих бронхів, набряку стінки бронхів, скупчення слизу в просвіті дихальних шляхів, клітинної інфільтрації підслизової оболонки і потовщення базальної мембрани. У зв'язку з наявністю гіперреактивності бронхів загострення астми можуть виникати під впливом як алергічних, так і неалергічних факторів. Основні симптоми нападу БА - задишка, відчуття нестачі повітря, дихання зі свистом, нападоподібний кашель з тягучою прозорою мокротою, експіраторна задишка, здуття грудної клітки, в найбільш важких випадках - задуха. У дітей раннього віку еквівалентами нападу БА можуть бути епізоди кашлю вночі або в передранкові години, від яких дитина прокидається, а також затяжний повторний обструктивний синдром з позитивним ефектом бронхолітиків. БА у дітей нерідко поєднується з алергічним ринітом(сезонним або цілорічним) і атопічним дерматитом.

Висновки: У дітей вчасно поставити діагноз – БА, буває досить складно. Це обумовлено тим, що часто хвороба має ті ж симптоми, що і пневмонія з обструктивним компонентом або обструктивний бронхіт, тому узагальнення знань про особливості розвитку БА в дітей з використанням додаткових методів діагностики(пикфлоуметрія, алергопроби), дає можливість більш точно поставити вказаний діагноз.

А.Д.Хібіньська, А.В.Яценко

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.О. Ющенко(к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рівень захворюваності на пневмонії залишається стабільним протягом останніх 30 років і становить у європейських країнах 14 на 1000 дитячого населення. У структурі смертності дитячого населення смертність від пневмонії становить від 10 до 20%. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2-4 млн.

дітей у віці до 5 років помирає від пневмонії щороку. Щохвилини у світі від пневмонії помирає 4 дитини. Лікування пневмонії має деякі труднощі обумовлені різноманітністю серотипів і наростаючою полірезистентністю мікроорганізмів, які викликають дану патологію. Саме тому, ця патологія залишається у переліку важливих медико-соціальних проблем у світі.

Мета: Вивчення особливостей перебігу пневмоній у дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у торакальному відленні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні.

Матеріали та методи: Нами проведено спостереження за 40 дітьми з негоспітальною пневмонією, які проходили стаціонарне лікування у торакальному відленні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні. Дослідження включало детальне вивчення анамнезу хвороби, клінічних даних, результатів додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, а також основних принципів лікування.

Результати: За статевим розподілом отримали наступні дані: хлопчики – 23 (57,5%), дівчата – 17 (42,5%), серед них переважали жителі сільської місцевості – 22 (55%). За віком діти були розподілені наступним чином: від 0 до 3 років – 20 осіб (50,0%), від 4 до 7 років – 17 (42,5%), від 8 до 18 – 4 (7,5%). За клінічним перебігом усі пневмонії були гострими, за видом - позалікарняними, за об'ємом ураження: сегментарні зустрічалися у 10 дітей (25,0%), вогнищеві – у 3(7,5%), дольові – у 23(57,5%), полісегментарні – у 4(10,0%). Діти поступали зі скаргами на кашель, задишку, підвищення температури тіла 38-39°C. Наявні були катаральні явища. Ускладнення серед обстежених дітей були відсутні. Ознаки дихальної недостатності (ДН) I ст. відмічали у більшості дітей дошкільного віку (60,8%), молодшого шкільного (54,2%), і старшого шкільного віку (59,1%). Прояви ДН II ст. переважали у дітей серед шкільного віку (52,2%). Прояви ДН III ст. не спостерігали. При оцінці результатів лабораторних досліджень виявили, що рівні лейкоцитів до 10×10^9 од./л були у 27,5% дітей, від 10 до 15×10^9 од./л – у 42,5%, більше 15×10^9 од./л – у 30%. Значення ШОЄ до 10 мм/год були відмічені у 25% дітей, від 10 до 20 мм/год – у 52,5 %, більше 25 мм/год – у 22,5%. Зсув вліво спостерігали у 30 хворих (75,0%).

Висновки: Таким чином, результати дослідження показали, що серед обстежених дітей частіше хворіли на пневмонію діти раннього віку, у них спостерігали полісегментарні та дольові форми, які супроводжувались різними ступенями дихальної недостатності та значними лабораторними змінами.

M.A. Khomenko

THE FEATURES OF EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH OBESITY

Department of Pediatrics

Z.V. Yeloieva (Ph.D., Prof.)

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Kharkiv, Ukraine

Introduction: Obesity is a serious medical and social problem. Eating disorders are considered as an important factors in the pathogenesis of obesity and related diseases.

The purposes: Determination of the features of eating behavior in adolescents with obesity.

Materials and methods: A study of eating behavior (EB) was conducted by questionnaire method using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in 52 adolescents with obesity (girls - 24 boys - 28) aged from 14 to 17. The control group consisted of the 26 adolescents with normal body weight. The study was conducted on the basis of children's polyclinic №23 in Kharkiv.

Results: Eating disorders were identified in 90,4% of the adolescents with obesity and in 45,2% of the healthy peers ($p < 0,05$). Analysis of the results showed that the restrained eating was determined in 75,0% of the adolescents with obesity and in 26,9% of the healthy adolescents ($p < 0,05$); emotional eating was determined in 32,7% of the adolescents with obesity and in 15,4% of the healthy adolescents ($p > 0,05$); external eating was determined in a 25,0% of the adolescents with obesity and in 15,4% of the healthy adolescents ($p > 0,05$). Combined forms of EB were determined in 30,7% of cases among adolescents with obesity: all three types of EB – 9,6%, the combination of two types of EB – 21,3%.

Conclusions: Eating disorders were identified in 90,4% of the adolescents with obesity. The most common type of the disorders of EB among the adolescents with obesity is restrained eating. Combined forms of deviant EB are presented in one third of patients. To generate an adequate EB in adolescents with obesity we need to use a differentiated approach taking into account the features of EB.

А.О. Хомовська
**ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ІНТЕРСТИЦІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З
ХВОРОБОЮ ДАУНА**

Кафедра педіатрії №1 та неонатології
О.Л. Логвінова (д.мед.н., доц)
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Діагноз інтерстиційне захворювання легень (ІЗЛ) у дітей встановлюється рідко, навіть при наявності результатів високороздільної комп'ютерної томографії та дослідження бронхоальвеолярного лаважу. Частота спостережень ІЗЛ у дітей складає 0,36/100 000, порівняно з 60-80/100 000 у дорослих. 10% нозологічних форм в структурі ІЗЛ у дітей складають мальформації альвеол і судин, генетичні дефекти протеїнів сурфактанту та гену відповідального за синтез ламілярних тілець. Відомо, що для дітей з хворобою Дауна характерні мальформації легень на момент народження: недорозвинення альвеол, аномальне розташування судин та гіпертрофія м'язового шару артеріол.

Мета: Удосконалення діагностики інтерстиційного захворювання легень у дітей з трисомією по 21 хромосомі шляхом визначення та кластеризації факторів ризику захворювання.

Матеріали і методи: Обстежено 37 дітей з трисомією по 21 хромосомі, серед яких 14 (37,8 %) з ІЗЛ (основна група) та 23 (62,1 %) що не сформували ІЗЛ (група порівняння). Середній вік обстежених основної групи склав 9,7±2,4 місяців, групи порівняння 11,2±3,6 місяців ($p>0,05$). Обстеження дітей проводилось з 2007 по 2016 рік на кафедрі педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету.

Оцінка фізичного розвитку при народженні, аналіз акушерського, пре- і перинатального анамнезу впливу коморбідної патології проведена у всіх дітей генеральної сукупності. При аналізі акушерського анамнезу доведений вплив гострого респіраторного захворювання у II триместрі вагітності на формування ІЗЛ (ДІ 0,37–0,79; $F(1,247)=3,93$; $p=0,049$ Ітриместр вагітності – період коли утворюються канали в мезенхімі легень, закінчується розвиток термінальних бронхіол і ацинусів. Природжені вади серця мали 11 (85,7±2,9%) дітей основної групи та 9 (39,1±3,9%) обстежених групи порівняння ($p<0,05$. Достовірно частіше у дітей з трисомією по 21 хромосомі, що сформували ІЗЛ виявлялись вади зі збагаченням малого кола кровообігу. Штучна вентиляція легень була триваліша у дітей з ІЗЛ та трисомією по 21 хромосомі: $11,5 \pm 2,13$ діб в основній групі та $2,7 \pm 0,95$ днів у групі порівняння ($p<0,01$). Виявлений вплив наявності комбінованої вади серця, тривалої штучної вентиляції легень (> 7 діб) та використання апарату штучного кровообігу під час операції на розвиток ІЗЛ у дітей з трисомією по 21 хромосомі ($F(5,79) = 16,8$; $p = 0,002$).

Висновки: Найбільшу вагу в формуванні ІЗЛ у дітей з трисомією по 21 хромосомі мають наявність у дитини комбінованої вади серця, використання апарату штучного кровообігу та тривалої штучної вентиляції легень (> 7 діб) під час кардіохірургічної операції. Меншу кластерну силу в формуванні ІЗЛ у дітей з трисомією по 21 хромосомі має несприятливий перинатальний анамнез (гостре респіраторне захворювання у матері в II триместрі вагітності, внутрішньоутробна пневмонія у новонародженого) та цитомегаловірусна інфекція в анамнезі дитини з трисомією по 21 хромосомі.

І.В. Цибрій

ВІДМІННОСТІ ВВЕДЕННЯ ПРИКОРМІВ У МІСЬКІЙ І СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми
Я.А. Медражевська (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Прикорми – це продукти харчування, які вводять в доповнення до грудного молока або суміші. Вони є важливою ланкою у поступовій заміні материнського молока приготовленою їжею, так як впливають на формування повноцінного розвитку дитини.

Мета: Дослідити проінформованість сучасних мам щодо термінів і правил введення прикорму. Провести опитування для виявлення основних відмінностей у обізнаності сільського та міського населення.

Матеріали та методи: Для проведення дослідження було розроблено авторську анкету (28 запитань з відкритими відповідями), за якою опитано 30 жінок (15 серед міського населення – на базі Вінницької міської лікарні «Центр матері та дитини», і 15 серед сільського – жителі с. Перепільчнці, Шаргородського р-ну, Вінницької обл.) у яких є діти віком від одного до трьох років. Саме така вибірка опитаних дала можливість в повній мірі оцінити терміни введення усіх продуктів прикорму і визначити найбільш часті порушення.

Результати: Основними напрямками роботи було дослідити: терміни початку прикормів; проміжки часу між введенням нових складових; терміни введення окремих продуктів з особливим акцентом на наявність в раціоні коров'ячого молока, риби і ковбасних виробів; проведення професійного медичного консультування з приводу введення прикормів. В результаті проведеного дослідження було виявлено: Серед міського населення початок введення прикормів у 100% випадків розпочинали з 6 місяців. Варіанти в сільській місцевості наступні: 47% - вчасно, 26% з 4-5 міс., 20% з 2-3 міс. і 7% з першого. 53% мам сільської місцевості вводили по декілька нових

продуктів прикорму на день (або кожного дня новий), даний показник у місті складає 13%. Серед сільського населення 93% вводили коров'яче молоко в раціон дитини до року, відсоток таких мам міського населення складає 47%. Терміни введення риби досить різноманітні. У місті 34% після року, 46% у 9-10 міс. У сільській місцевості 53% після року, 20% у 8 міс. і по 7% припадає на 6-й і 7-й місяці життя дитини. Є малюки, які взагалі відмовлялись вживати рибу, зокрема серед міського населення 20%, сільського – 13%. 100% матерів до 3-х річного віку давали малюкам фабричні ковбасні вироби. 40% міського населення з приводу початку введення прикормів звертались до лікаря-педіатра, 13% до сімейного лікаря, і 47% не звертались за порадами взагалі. Серед опитаних с. Перепільчинці консультацію педіатра отримали 40% мам, 7% звертались до дитячої медсестри у місцевий ФАП, 53% не консультувались.

Висновки: Таким чином, результати вказують на наявність значних відхилень від загальних принципів введення прикормів як серед сільського, так і міського населення. У сільській місцевості такі приклади зустрічались частіше, і з більш явними порушеннями звичних термінів. Тому можна зробити висновки про відсутність належної проінформованості сучасних мам в зв'язку з недостатнім проведенням медичного консультування районними педіатрами і працівниками ФАПу. Проте слід зазначити, що близько 20% матерів (як серед сільського так і міського населення), які отримували консультацію педіатра, не дотримувались усіх порад лікаря, зокрема щодо введення до продуктів прикорму коров'ячого молока.

Ю.А. Чемко, А.М. Поліщук, М.А. Глюза

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З УРАХУВАННЯМ ПАТОЛОГІЇ МАТЕРІВ

Кафедра педіатрії №4

А.В. Гнилокурченко (к.мед.н, ас.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м.Київ, Україна

Актуальність: Інфекції під час вагітності заслуговують підвищеної уваги за рахунок багатьох причин: одні з них можуть спричинювати значну материнську захворюваність та смертність, опосередковано впливати на плід, інші - можуть не мати яскравої клінічної картини, але при плацентарній трансмісії викликають тяжкі внутрішньоутробні захворювання у плода (TORCH-інфекції: цитомегаловірус, парвовірус, токсоплазмоз, хламідіоз, герпес-вірус, вірус краснухи). Особливе значення слід приділити TORCH-інфекціям та інфекціям сечовивідних шляхів. Додає особливої уваги те, що діагностика на TORCH-інфекції під час вагітності є на добровільних засадах, а виявлена інфекція сечовивідних шляхів – лікується не раціонально і це не приносить в свою чергу бажаного позитивного ефекту.

Мета роботи: Дослідити вплив супутньої патології у жінки під час вагітності на розвиток постнатального інфекційного процесу у новонародженого.

Матеріали та методи: Було досліджено 32 історії хвороби новонароджених дітей віком від 0 до 28 днів в КМДКЛ №1 Оболонського району міста Києва. Вивчення анамнезу вагітності та пологів, стан дитини після народження, розвиток ускладнень, бактеріологічних досліджень крові, змиву з носа та пупка. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми SPSS 22.0.

Результати: За результатами ретроспективного аналізу даних з історій хвороби пацієнтів встановлено, у 21,8% матерів вагітність перебігала з преєклампсією, 15,6% з діагностованою TORCH-інфекцією, 21,8% з анемією, 31,3% на фоні ГРВІ, 22% з інфекцією сечовивідних шляхів. З анамнезу пологів відомо, що 43,7% було патологічних, серед яких половина - кесарів розтин, 31,2% було передчасних пологів. При народженні 71,8% дітей мали асфіксію легкого ступеню, 15,7% середнього та важкого ступеню за шкалою Апгар. Але, в постнатальному періоді хворим діагностовано респіраторний дистрес синдром з дихальною недостатністю II-III ст. у 40,6%, пневмонію у 15,6%. За результатами кореляційного аналізу встановлено прямий кореляційний зв'язок між інфекцією сечовивідних шляхів у матерів і розвитком патології дихальних шляхів у новонароджених з $r=0,647$ ($p \leq 0,01$).

Висновки: Отримані дані свідчать про вплив хронічного носійства інфекцій під час вагітності, яке негативно впливає на здоров'я малюка і в подальшому призводить до реалізації внутрішньоутробного інфікування дитини. Таким чином, своєчасне виявлення хронічного вогнища інфекцій та його адекватна санація призведе до зниження рівня постнатальних захворювань серед новонароджених і в подальшому дасть змогу попередити та зменшити рівень більш тяжких ускладнень в старшому віці.

І.С. Човган

ПОШИРЕННЯ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ДИТЯЧОЇ ПОПУЛЯЦІЇ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.М. Булат (д.мед.н., проф.), Л.О. Ющенко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Широка циркуляція герпесвірусів у дитячій популяції, їхній пантропізм до різних органів і тканин зумовили появу великої кількості різних клінічних форм і проявів інфекції, а довічна персистенція герпесвірусів в організмі негативно впливає на якість життя дитини.

Мета: Вивчення поширеності герпесвірусної інфекції серед дитячої популяції у дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні Вінницької обласної дитячої лікарні протягом 2016 року.

Матеріали та методи: Серед 835 дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні Вінницької обласної дитячої лікарні протягом 2016 року, 64% склали пацієнти з вірусною інфекцією неуточненої етіології. Так як виявлення етіологічного чинника вимагає значних витрат, то лише 26% хворих віком від 2 до 10 років з вірусною інфекцією були обстежені на предмет уточнення етіології захворювання. Дітям проводили ПЛР та аналізи на рівні імуноглобулінів М та G до герпесвірусів 1/2 типів, вірусу Епштейна-Барр та цитомегаловірусів та ПЛР до вірусу 6 типу.

Результати: За віком обстежені діти розподілялися наступним чином: 1-2 роки – 9%, 3-4 р. – 22%, 5-6р. – 20%, 7-8р. – 14%, 9-10р. – 13%, 11-12р. – 22%. Отже, можна виділити два піки зростання герпесвірусної інфекції: у дошкільному та старшому шкільному періодах. Серед клінічних симптомів відмічали гіпертермію більше 5 днів, що погано реагувала на жарознижуючі препарати, утруднення носового дихання, серозні виділення з носу, збільшення підщелепних лімфатичних вузлів, печінки, селезінки. В загальному аналізі крові в усіх пацієнтів відмічали лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, у 23% пацієнтів були виявлені атипові мононуклеари. За результатами імунологічних досліджень було виявлено, що серед усіх обстежених дітей найбільш часто зустрічалися активні форми Епштейн-Барр вірусної інфекції (41%) та герпесвірусної інфекції 6 типу (35%). Рідше виявляли цитомегаловіруси (6%) та герпесвіруси 1/2 типу (5%). У 8% випадків було одночасне виявлення поєднання: цитомегаловіруси та віруси 6 типу, а також Епштейн-Барр віруси та віруси 6 типу. Лише у 5% обстежених дітей не були виявлені активні форми вказаних вірусів

Висновки: Таким чином герпесвірусна інфекція є актуальною медико-соціальною проблемою педіатрії, яка потребує від лікарів різних спеціальностей знань щодо клінічних проявів різних форм інфекції та епідеміологічно-клінічних особливостей кожного типу герпесвірусів у дітей.

О.М. Шийка, Ю.С. Придатченко

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ ВОДКЛ

Кафедра педіатрії №2

І.В. Сторожук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вірус Епштейна-Барра- поширена герпетична інфекція і до 5 років життя понад 50% дітей інфікуються цим типом вірусу, але у більшості дітей він не викликає важких симптомів захворювання. Інфікованість дорослого населення становить 85-90% та лише у деяких дітей і дорослих вірус викликає клінічні симптоми, які називають інфекційним мононуклеозом. У незначній кількості випадків інфекційний мононуклеоз перебігає атипово чи безсимптомно, без лімфоаденопатії та характерних змін у аналізах крові.

Мета: вивчення особливостей клінічного перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей.

Матеріали дослідження: 50 історій хвороби дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у інфекційно-діагностичному відділенні ВОДКЛ.

Матеріали та методи: загально-клінічні, імунологічні, біохімічні, інструментальні, статистичні.

Результати: Отримані дані свідчать, що хлопчики хворіють інфекційним мононуклеозом у два рази частіше, ніж дівчатка. Вік дітей склав від 3 до 10 років. Відмічалась сезонність захворювання, яка припадає на весну та осінньо-зимовий період в 82% випадків. Клінічний перебіг у всіх дітей характеризується вираженим інтоксикаційним синдромом із наявністю ознобу (у 65% випадків), підвищення температури тіла до фебрильних цифр (у 100%), кволістю (60% - 85% випадків). У 27% дітей спостерігався висип, що мав алергічний характер. Збільшення лімфатичних вузлів (підщелепні, задні шийні) мали місце у 94% дітей до 2-3 см у розмірах, малоболючі при пальпації. У дітей молодшого віку у 37% випадків відмічалась одутловатість обличчя з явищами поліаденіту, храп у вісні, що обумовлено гіперплазією лімфоїдної тканини. Гепатоспленомегалія спостерігалась в 87% дітей. Відмічається прямий кореляційний зв'язок між зменшенням гепатолієнального синдрому та нормалізацією температури тіла дитини. Такий важливий показник з боку аналізу крові, як атипові мононуклеари (віроцити), у 92% випадків спостерігався з перших днів захворювання, але у 8% дітей з'являлись на другому тижні захворювання. Усі випадки інфекційного мононуклеозу мали у 100% дітей сприятливий перебіг та прогноз і були обумовлені вірусом Епштейн-Барра.

Висновки: інфекційний мононуклеоз у дітей потребує ще ретельнішого вивчення у випадку нетипового перебігу захворювання, викликаного цитомегаловірусом та встановлення зв'язку наявності вірусу Епштейн-Барра в організмі людини з розвитком різних вид лімфом.

ТЕРАПІЯ



INTERNAL MEDICINE

A.B. Belinsky, A.M. Bobr

DIAGNOSTICS OF CORONARY-PULMONARY BYPASS IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE. CLINICAL CASE

Department of Propaedeutics of Internal Medicine

L.V. Rasputina (prof., MD)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: The incidence of coronary fistulas ranges from 0.08% to 0.4% among all congenital heart defects. It is possible to diagnose these anomalies in vivo only in 20% of cases. Coronary-cardiac fistula can be asymptomatic and not accompanied by clinical manifestations, especially in the first decade of life. The presence of anomalies leads to symptoms of myocardial ischemia or pulmonary hypertension with aging.

Materials and methods: Patient C., 68 years. Diagnosis: coronary heart disease (CHD). Diffuse cardiosclerosis. Sclerosis of aorta. Atherosclerotic cardiosclerosis. Aortic sclerosis of the 1st degree. The relative failure of the mitral, tricuspid valves. Hypertensive heart disease 2 stage, 1 degree, risk 3 hf 2A, 2FK. Diastolic dysfunction of the left ventricle. Aortic-pulmonary bypass. Pulmonary hypertension II degree. Complaints: Periodic burning pain in the heart, irradiation to the left shoulder blade, lasting up to 5 minutes and alleviated by nitroglycerin, shortness of breath, disruptions of the heart, heartbeat, high blood pressure up to 170/80 mm., periodic headaches, dry mouth. Objectively: BMI - 33,8 kg / m². Cardiac tones are rhythmic, attenuated I tone at the top, accent II tone of the aorta. Vesicular breathing, respiratory rate 18 per minute. Electrocardiogram: sinus rhythm, right, frequency of 56 strokes, hypertrophy of left ventricular. Echocardiography: aortosclerosis. Symptoms of aortic valve stenosis. Concentric hypertrophy of the left ventricle walls. A minor mitral regurgitation. Diastolic dysfunction of the left ventricle, typed as delayed relaxation. Pulmonary hypertension. Systolic pulmonary artery pressure 48.6 mm. Possible aorto-pulmonary bypass. Coronary angiography: Hemodynamically important narrowing of coronary artery is missing. A fistula between the front interventricular branch of the left coronary artery and pulmonary artery was discovered. Surgical treatment: closed coronary-cardiac fistula spiral Nit-occlud 4, stent installed in front interventricular branch of the left coronary artery.

Conclusions: Introduction of visualization methods in interventional cardiology significantly expanded the knowledge of doctors about the characteristics of coronary arteries and their anatomy. The qualified medical help detects the severe diseases earlier and appointments adequate treatment to improve the prognosis and quality of life of the patients.

V. Gnaciuc, E. Samohvalov, V. Jacotă, S. Samohvalov, A.A. Akel

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE IN DETERMINING OF THE MEDIA INTIMA- IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Department of Internal Medicine, Cardiology Discipline, Medical Clinics No. 3

A.V. Grejdieru (MD, PhD, as. prof.); L.F. Grib (MD, PhD, prof.)

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"

Chisinau, Republic of Moldova

Summary: Cardiovascular diseases caused by atherosclerosis and arterial thrombosis are the main causes of death and disability in Europe. Myocardial infarction or stroke occurs suddenly in 60% of cases in hypertensive patients that are not undergoing primary prophylactic measures, as the first manifestation of the atherosclerotic process. According to the New England Medical Boston study, the increased risk of heart attack or stroke in those who intimately associate higher average thickness of 0.9 mm, the risk is directly proportional to the thickness of the common carotid medium artery intima.

Materials and Methods: Patient X., 64 years old. *Diagnosis:* Ischemic heart disease. Three-vessel atherosclerotic lesions. Critical stenosis 90 – 99 % on LAD - IR, unimportant the LAD, RCA, ACX. State after PCI with DES IR. Isolated systolic hypertension, high additional risk. Hypertensive LV diastolic dysfunction. Hypertensive nephropathy with microalbuminuria. HF II NYHA. Dislipidemia. Macroangiopathy with atherosclerotic plaque with 30-35% per bulb carotis dextra. *Complaints:* burning chest pain that occur with minimal exertion, which appears in 5 min after administration of nitrates, inspiratory effort dyspnea, palpitations.

Results: Hemoleucogram: Hb-137 g / l, Er. - $4,4 \times 10^{12} / l$, L- $9,2 \times 10^9 / l$, ESR - 28 mm / hour. Biochemistry: urea - 5.5 mmol / l; Creatinine - 80 mmol / l; acid uric - 390 mmol / l; cholesterol - 7.9 mmol / l, triglycerides - 1.15 mmol / L, HDL - 1.27 mmol / l; LDL 3.7 mmol / l; K - 4.4 mmol / l; Na - 143 mmol / l; INR - 1.1; prothrombin - 90% fibrinogen - 3.5 g / l. *ECG:* sinus rhythm FCC - 65 b / min. Horizontal EAH, I degree AV block; *EcoCG:* Moderate concentric hypertrophy of LV. Relaxing affection of the LV. EF - 62%. MV failure II degree; TrV failure II degree; PAV I degree failure. *Coronaroangiography:* Three-vessel atherosclerotic lesions, critical IR stenosis, unimportant modifications in LAD, RCA, ACX. Treatment: percutaneous coronarian intervention in IR, Tab. Cardiomagnil 75 mg/day – unlimited period; Tab. Plavix 75 mg/day – minimally 12 months; Carvedilol - 6,25 mg x 2 times/day; Tab. Amlodipin 2,5 mg; Tab. Hartil 5 mg; Tab. Atoris 40 mg/day.

Conclusions: Early diagnosis in systemic atherosclerotic processes in patients with coronary heart disease through noninvasive methods, such as Doppler of intima thickness in carotid artery by measuring allows detecting of the patients at high cardiovascular risk.

Ye.A. Frolov, H.V. Romanenkova

THE COMPREHENSIVE DIAGNOSTICS OF DIABETIC ENCEPHALOPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS (T1DM)

The department of internal medicine № 2

T. Mykhaylichenko (prof., D.M.S.)

Donetsk National Medical University

Kramatorsk, Ukraine

Relevance: Diabetic encephalopathy (DE) is accompanied by disorders of circulatory dynamics, liquorodynamics, based on metabolic changes in the brain. Timely diagnosis and treatment of DE increase the life quality and duration in patients with T1DM.

Aim: Analysis of the results of clinical and functional studies of patients with T1DM for timely diagnosis of DE.

Materials and methods: We analyzed case histories, results of functional and neurological examinations of 60 patients with T1DM aged from 18 to 45 years in the state of subcompensation. According to the severity and duration of the disease the patients were divided in 3 groups.

Results: The I group included 20 patients with T1DM of moderate severity aged from 18 to 30 years with the disease duration up to 5 years. There were signs of asthenia, emotional lability, mild asymmetry of nasolabial folds, the intensified tendon reflexes. In Romberg's test (RT) – the eyelids tremor. On REG prevailed the rheograms of hypovolemic type without significant changes of tonic-elastic properties of vessels and signs of venous discirculation.

The II group was represented by 32 patients with severe course of T1DM with the disease duration from 5 to 12 years. In the history - recurrent hypoglycemic, ketoacidotic states, the unstable increase of blood pressure. There were determined: emotional instability, emotional background decrease, loss of memory on current events, the pupils D=S, bilateral weakness of abduction, asymmetry of nasolabial folds, the tongue is on the middle line, the hand tendon reflexes D>S, responsive, the knee reflexes are without significant difference, responsive. Marinesco-Radovici syndrome is detected on both sides. The tremor of the eyelids and the fingers of outstretched arms. Coordination tests (CT) are satisfactory. On REG the 27% decrease of pulse filling was detected on average, the 22% increase of the modulus of elasticity on average, the stagnation phenomena, the asymmetry factor was increased 5 times.

The III group consisted of 8 patients aged from 30 to 45 years with severe course of type 1 DM with the disease duration from 10 to 25 years, who suffered from recurrent hypoglycemic and ketoacidotic states, and persistent increase of blood pressure. There were found: severe emotional lability, emotional background and intellect decrease, transient dysarthria, horizontal nystagmus of the pupils D=S in extreme abduction, bilateral weakness of abduction, the asymmetry of the eye slits D>S and facial muscles, the symptoms of oral automatism, the increase of the tendon reflexes, the asymmetry of the Babinski symptom, the teeter in RT, fuzzy implementation of CT. On REG the rheographic index was decreased 40% on average, the modulus of elasticity was increased more than two times. Dicrotic index exceeded the control 37,9% on average, diastolic index increased 33% on average, the asymmetry factor exceeded the control 6 times.

On EEG - the prevalence of electroencephalograms of organized type with the dominance of cerebral changes of background rhythm and altered reactivity during the load research.

Conclusions: In patients with T1DM DE was diagnosed on the base of neurological and functional examination. The severity of revealed disorders depended upon the disease duration ($r=0,41$) and the type 1 DM severity ($r=0,46$). The revealed changes must be considered in the treatment strategy.

I.A. Matceac, V. Torgai, R. Ridcodubschi, T. Legcun, T. Gogoi

THE IMPACT OF COMORBIDITIES IN THE DEVELOPMENT OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

Department of Internal Medicine, Cardiology Discipline, Medical Clinics No. 3

A.V. Grejdieru (MD, PhD, associate professor)

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"

Chisinau, Republic of Moldova

Summary: Numerous studies have been conducted to investigate the conditions associated with poor outcome among patients with Infective Endocarditis (IE). Considering the multitude of diseases associated with the development of this disease, especially at elderly patients, its negative impact in evolution, diagnosis and treatment, high frequency of complications occurred in these patients, we aimed to study the impact of comorbidities in patients with infective IE which present a health and social problem today.

Goals: The analysis of predisposing factors, morbid circumstances and comorbidities in patients with Infective Endocarditis. The impact of comorbidities in the evolution of infective endocarditis.

Materials and Methods: The study included consecutive patients with IE who had presented to different hospitals in Chisinau, Moldova between 2011 and 2017. Three or more blood cultures were collected from each patient. Records of all patients were collected prospectively into a computerized database. **Results:** Among 264 patients with definitive IE (according to modified Duke criteria), 239 had comorbidities and 25 without it. In both cases, the majority of patients was men with age between 45-64 (70.7% vs 72%). Most of patients had association between a few comorbidities 70.3%

and just in 29.7% it was a single comorbidity. At this 264 patient the very common comorbidity was rheumatic disease 62.1% of cases, after it respiratory disease 48.9%, renal disease 23.9%, hepatitis 22% of cases, diabetes myelitis 13.3%, cirrhosis in 8.7%, congenital malformations 8.7%, intravenous drug users 4.9%, cancer in 4.2%, alcoholism 2.7%, Human immunodeficiency virus (HIV) 1.5% of cases. Most association of comorbidities was rheumatic disease with respiratory disease 40.7%, rheumatic disease and diabetes myelitis 10%.

Conclusion: The most common comorbidities of IE for our country are rheumatic disease, respiratory disease, renal disease, hepatitis, diabetes myelitis. Although in developed countries decrease the incidence of cases with underlying rheumatic heart disease in our country Republic of Moldova it's steel on the first place. The comorbidities in EI represent a relevant risk factor for a worse clinical course and outcome of IE.

I. Revenco

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF GLYCATED HEMOGLOBIN AND MICROVASCULAR COMPLICATIONS IN ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Department of occupational diseases

I. Coşciug, (MD)

State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemiţanu”

Chisinau, Republic of Moldova

Objective: We aimed to establish the level of correlation between glycated hemoglobin (HbA1c) and cardiovascular complications (diabetic retinopathy, diabetic nephropathy and cerebral vascular disease).

Background: Hyperglycemia, hypercholesterolemia and high blood pressure are linked with increased prevalence of cardiovascular complications in elders. In the STENO-2 study that included 160 patients with diabetes mellitus type 2 and microalbuminuria, was established that patients with HbA1C \leq 6,5% and blood pressure under 130/80 mmHg had reduced the death risk with 20 % and cardiovascular mortality with 12,5%.

Methods. We did a retrospective study on 110 patients with diabetes mellitus type 2 admitted in the Hospital of the Ministry of Health from August 2015 to April 2016. All the data were collected from medical documentation. One of the inclusion criteria was the level of HbA1C \geq 6,5%.

Results: We found a nonparametric distribution. The level of biserial correlation between the HbA1c and the prevalence of diabetic nephropathy was low ($r=0.2$, $p < 0.05$), but it allows to confirm the interdependence between HbA1c and diabetic nephropathy. We also achieved a strong correlation between diabetic retinopathy and the level of HbA1c ($r=0.3$; $p < 0.05$). The same level of correlation was with diabetic neuropathy ($r=0.2$; $p < 0.05$).

Conclusions: We confirm the existence of the correlation between the microvascular complications and the level of HbA1c. That's why is important to monitor lipid and glycemic profiles and pay attention on informing the patients about diagnosis, dose adjustment and glyceemic control

R. Ridcodubschi, V. Corcea, I. Matceac, V. Torgai, R. Baroncea

INFECTIVE ENDOCARDITIS OF CARDIAC IMPLANTABLE ELECTRONIC DEVICES' PATIENTS

Department of Internal Medicine, Cardiology Discipline, Medical Clinics No. 3

A.V. Grejdieru (MD, PhD, as. prof.); L.F. Grib (MD, PhD, prof.)

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"

Chisinau, Republic of Moldova

Summary: Infective Endocarditis (IE) represent a form of infection and inflammation of the endocardial segment of the heart in the setting of predisposing cardiac lesions. It is usually of bacterial origin and entails long duration of intravenous (IV) antimicrobial therapy. Infection of cardiac implantable electronic devices (CIEDs) is a severe disease associated with high mortality (50%). The increased rates of CIED implantation coupled with increased implantation in older patients with more co-morbidities have set the stage for higher rates of CIED infection and the increasing frequency of IE in these patients. The common spread incidence of CIED infection is of 1.9 per 1000 device-years and a higher probability of infection after implantable cardioverter defibrillators compared with permanent pacemakers.

Goals: The analysis of predisposing factors, morbid circumstances and comorbidities in patients with Infective Endocarditis at patients with cardiac implantable electronic devices.

Materials and Methods: The study included consecutive patients with IE who had presented to different hospitals in Chisinau, Moldova between 2011 and 2017. Three or more blood cultures were collected from each patient. Records of all patients were collected prospectively into a computerized database.

Results: Among 264 patients with definitive IE (according to modified Duke criteria), only 9 had the IE of pacemaker device (PMD), leads or both of them. 44.4% of them were men and 55,6% - women with average age of $53 \pm 1,4$. Decisive risk factor at these patients was the infection of lead in 33,3% of cases, but in 22,2% - PMD pocket. In 22,2% of cases of IE evaluated after teeth extraction and 44,4% - on the base of failure of teeth hygiene. Comorbidities: viral hepatitis and hepatic cirrhosis at 22.2% of patients, sugar diabetes at 11,1%. Syndrome toxic-infective was presented in 88,9% of cases, signs of cardiac insufficiency at all the patients. The majority of patients have presented the negative hemoculture – 77.8%, but after the PMD extraction, the biological material have presented the *Staphylococcus aureus* infection. In 22.2% of cases have been observed a streptococci trigger. At Eco-examination have been demonstrated the

presence of vegetations at the lead region in 77,8% of cases and in 33,3% - associated with the Tricuspid valve vegetations. The hospitalization period was 36 ± 1.2 of days in average. Patients were treated with 2 (44,4%), 3 (22,2%) and 4 (33,3%) antimicrobial schemes mainly managing the Ceftriaxone 4 g/day, Gentamicin 320 mg/day, Imipenem 1 gr/day and Vancomicine 2gr/day. Of 9 patients, 77,8% of them were operated with the infected lead elimination and its' change in 2-3 weeks. In-hospital mortality is of 11,1% and 22,2% - in the first year.

Conclusion: IE patients with CIED present a high mortality with a necessity of lead reimplantation after a total revision of the outbreak and an adequate combined long-term antimicrobial treatment.

S. Sargarovschi, M. Rotaru, E. Samohvalov, M. Abraş, L. Gîrbu, A. Grib

SHOCK INDEX AS A PREDICTOR INSTRUMENT FOR MONITORING PATIENTS WITH NSTEMI

Department of Internal Medicine, Cardiology Discipline, Medical Clinics No. 3

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"

Chisinau, Republic of Moldova

Introduction: Shock index (SI), a ratio of heart rate/systolic blood pressure has been reported as independent predictors for outcomes of ST-elevation myocardial infarction, but their predictive value of in-hospital mortality and ejection fraction on ecocardiography for non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) remain unconvincing. In condition of slight incidence increasing of NSTEMI in the last decade which varies from 52.8% to 68.6%, implementation of new monitoring instruments will be very helpful.

Materials and Methods: We performed in our clinic a retrospective analysis of 52 NSTEMI patients: 61% men and 39% women from March to June 2015. SI was calculated according to the data from medical documentation on admission. Patients were divided in those with $SI < 0.7$ and those with $SI \geq 0.7$. Ecocardiographic data and the incidence of the in-hospital mortality were recorded.

Results: Between 52 patients, 19 patients (23%) had $SI \geq 0.7$. They had had a lower ejection fraction (EF) (40.9% [20-62%] vs. patients with $SI < 0.7$, 52.2% [34-65%], $p < 0.05$). We found an intermediate correlation between SI and EF (Pearson = -0.35). Also patients with elevated SI had an increased incidence of in hospital mortality 9.6% vs. 3.8% than those with $SI < 0.7$. No difference in age was recorded (age mean 65.7 in $SI \geq 0.7$ group vs. 65.4 in $SI < 0.7$ group).

Conclusion: Our study confirms the predictive value of SI for in hospital mortality in patients with NSTEMI, but it will be better to include this value in a battery of tests among ECG changes and cardiac markers for monitoring this patients.

О.Я. Авдєєва, Н.В. Джевага

РАДІОНУКЛІДНА ДІАГНОСТИКА ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ (ІХС, ІМ)

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології. Курс радіології

О.Б. Баланюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Визначення зон ішемії, кардіосклерозу або некрозу за допомогою вибіркового накопичення РФП, специфічних до здорових або змінених клітин серця, з наступною їх реєстрацію на високочутливих гамма-камерах, емісійних томографах. Після комп'ютерного аналізу отриманих зображень можна зробити заключення про наявність або відсутність патологічних процесів на клітинному і молекулярному рівнях.

Мета: Проаналізувати різноманітні методи та РФП, які використовуються при ІХС та ІМ. Методику, показання та протипоказання до скінтиграфії та розшифровку отриманих результатів.

Матеріали та методи: Вивчення матеріалів монографій, наукової літератури, статей у наукових фахових журналах у галузі радіонуклідної діагностики вітчизняних та зарубіжних авторів.

Результати: Перфузійна скінтиграфія міокарда з метоксиізобутилизонітрилом, міченим 99-м технецієм. В основі методу лежить можливість виявлення негомогенності коронарного кровотоку під час навантаження в порівнянні з станом спокою, що дозволяє ідентифікувати ішемізовані області міокарда.

Синхронізована рівноважна вентрикулографія (або технологія множинної синхронізованої реєстрації) використовують для оцінки функції ЛШ. Перед виконанням дослідження певну кількість власних еритроцитів пацієнта *in vitro* позначають РФП (найчастіше — 99mTc-пертехнетатом), а потім знову вводять внутрішньовенно. Візуалізація проводиться в площинному режимі в трьох різних проекціях.

Скінтиграфія вогнища гострого інфаркту міокарда за допомогою 99mTc - пірофосфату базується на здатності цього нукліду накопичуються в ділянці некрозу, створюючи вигляд «гарячого» вогнища. Метод показаний для верифікації гострого інфаркту міокарда при неінформативності традиційних методів діагностики.

Перфузійна скінтиграфія міокарда з 201Tl. Інтактні кардіоміоцити інтенсивно накопичують нуклід. В ділянках некрозу, фіброзу та ішемії поглинання 201Tl зменшується і ділянки набирають вигляду «холодних» вогнищ. Метод застосовується для виявлення вогнищ ішемії при навантажувальних тестах у випадку неінформативності змін на ЕКГ при їх проведенні.

Добутамінова стрес-ЕхоКГ проводиться з метою спровокувати і виявити ішемію міокарда, а також визначити функціональний стан міокарда та прогноз у хворого ІХС.

Висновки: «Золотий стандарт» для оцінки скоротливості міокарда - синхронізована рівноважна вентрикулографія. А для оцінки перфузії (кровопостачання) міокарда лівого шлуночка серця на клітинному рівні «золотий стандарт» - перфузійна скінтиграфія.

О.Ю. Бабійчук А.С. Данилюк

СТРУКТУРНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ШЛУНКОВО КИШКОВОГО ТРАКТУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.В. Демчук (к.мед.н., доц.) Ю.В. Бабійчук (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є поширеною в світі патологією. В США та Західній Європі ознаки печії мають біля 40% осіб, в Україні за клінічними дослідженнями-37 %. Кількість оперативних втручань з приводу грижі стравохідного отвору в США перевищує кількість втручань при ЖКХ. Відчуття печії зустрічається у 83% пацієнтів, у 35% воно погіршує сон, знижує якість життя. Позастравохідні симптоми у вигляді фарингіту, ларингіту, кашлю, обструктивних станів, за грудинний біль зустрічається у 50% хворих на ГЕРХ. В патогенезі ГЕРХ важливу роль відіграють стан нижнього стравохідного сфінктеру (НСС) та градієнти внутрішньо-стравохідного та антродуоденального тиску. Наявність рефлюксу може сприяти метаплазії епітелію і розвитку стравоходу Барретта.

Мета: Вивчити клінічні особливості перебігу ГЕРХ, структурні зміни стравоходу, стравохідний та антродуоденальний тиск, склад секрету шлунку та ДПК.

Матеріали і методи: Проведено дослідження 26 хворих з встановленим діагнозом ГЕРХ. Хворим проведено анкетування симптомів ГЕРХ, відеоезофагостроудоденоскопія апаратом Pentax EPK100p з вимірювання довжини стравоходу до НСС, ширини та довжини НСС, вимірювання тиску в нижній третині стравоходу та антральному відділі шлунку апаратом Stryker Intra Compartmental Pressure Monitor System, цитологічне дослідження з НСС. Всім хворим проведена імерсійна цифрова мікроскопія центрифугованої жовчі з ДПК (мікроскоп Konus Biogex-3, центрифуга CM301). Піклофлоуметрія проводилась за допомогою апарату Vitalograph.

Результати: За важкістю перебігу ГЕРХ хворі були розділені на 3 групи. У хворих 1 групи (9 осіб, 35%) симптоми були помірні, показники анкетування були $1 \pm 0,8$ запальні зміни НСС відсутні, слизова була представлена плоским епітелієм, довжина стравоходу до НСС $40,2 \pm 0,8$ см, тиск в нижній третині стравоходу був $21,6 \pm 3,1$ мм рт.ст., тиск в антральному відділі дорівнював $14,2 \pm 2,2$. У пацієнтів 2 групи прояви ГЕРХ були середньої важкості. В 14(54%) пацієнтів були симптоми езофагіту, слизова представлена плоским епітелієм з лейкоцитами. Довжина стравоходу $37,6 \pm 0,85$ см. Тиск в нижній третині стравоходу дорівнював $14,8 \pm 1,8$ мм рт.ст. У 1 пацієнта діагностовано кандидозний езофагіт. У 2 пацієнтів з важким перебігом ГЕРХ діагностовано клітини фундального епітелію в НСС, що відповідало важчій ендоскопічній картині захворювання і вираженішій клінічній. У хворих з важкими формами враження епітелію спостерігався нижчий тиск в нижчій третині стравоходу ($12,7 \pm 2,8$) та значно вищий тиск в антральному відділі шлунку ($24,3 \pm 2,9$).

В 22(85%) хворих в осаді жовчі встановлено мікролітіаз, з них - холестериновий у 13(50%) хворих, білірубіновий у 9(34%) хворих. Зміни зі сторони бронхолегеневої системи спостерігались у всіх пацієнтів.

Висновки: Важкість перебігу ГЕРХ корелювала з довжиною стравоходу, змінами градієнтів стравохідного та антродуоденальними тисків. Ендоскопічні зміни прямо корелюють з важкістю клінічної картини. У пацієнтів з проявами ГЕРХ в жовчі діагностується мікролітіаз.

К.Й. Баркасі, Н.В. Плюшик

КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології. Курс радіології

С.В. Коляденко (к.мед. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Аневризми судин головного мозку є основною передумовою виникнення внутрішньочерепних крововиливів, які в 30% випадків можуть стати причиною інвалідизації чи навіть летальності. Найбільш точним методом діагностики судинних утворень є КТ-ангіографія з 3D-реконструкцією.

Мета: Визначити особливості КТ- діагностики аневризм головного мозку, проаналізувати частоту виникнення даної патології, довести доцільність використання методу 3D-реконструкції.

Матеріали та методи: Було проаналізовано результати КТ-досліджень головного мозку 30 пацієнтів (10 жінок, 17 чоловіків та 3 дітей). Діагностичні матеріали отримані на базі медичного центру «Mediscan» за допомогою 16-зрізового комп'ютерного томографа Toshiba Aquilion.

Результати: За результатами дослідження було виявлено аневризми з різноманітною локалізацією: в передній

мозковій артерії – 11 (37 %), у внутрішній сонній артерії- 6 (20%), у середній сполучній артерії – 5 (16%), у передній мозковій – 4 (13%) , а також 3 (11%) артеріо-венозні мальформації. Також була визначена наявність множинних аневризм (1 пацієнт – 3%) Найбільш часте розміщення аневризм в передньому відділі артеріального кола великого мозку визначає локалізацію крововиливів. Дані КТ дають змогу оцінити ризик невдалого завершення оперативного лікування, використавши класифікацію Fisher, оцінити стан шлуночкової системи та базальних цистерн, діагностувати синдром поперечної та аксіальної дислокації. За наявності вип'ячування стінки судини в супра- та субклиновидному відділах внутрішньої сонної артерії, 3D реконструкція демонструє точне розміщення аневризми по відношенню до переднього нахиленого відростка, а при крупній аневризмі – зв'язок аневризматичного мішка з близько розташованими артеріями.

Висновки: Використання КТ-ангіографії з 3D- реконструкцією є оптимальним при підготовці до операції, незалежно від розміру аневризми, тому що дана методика дає змогу оцінити не тільки основні її параметри , але й на 3D моделі візуалізувати взаємозв'язки з прилеглими кістковими структурами та речовиною головного мозку.

Р.Р. Баронча, И. Матчак, В. Атаманюк, Т. Легкун, Р. Ридкодубский

ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Департамент внутренних болезней, дисциплина «Кардиология», Медицинская клиника № 3

А. В. Греждиеру₂ (к.мед.н, доц.), Л.Ф.Гриб (д.мед.н., проф.)

Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану»

г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность: Инфекционный эндокардит (ИЭ) остается опасным заболеванием с высокой смертностью 25-50%. В Европе приблизительно 50% пациентов с ИЭ нуждаются в оперативном вмешательстве. Наиболее частыми причинами хирургии ИЭ являются сердечная недостаточность (60%), устойчивый к антимикробной терапии сепсис (40%), эмболические осложнения (18%), вегетации больших размеров (48%) и др. Хирургическая смертность при активном ИЭ составляет 6-25%, а выживаемость достигает 70%.

Материалы и методы: Пациент В., 36 лет. Диагноз: Первичный активный инфекционный эндокардит, стафилококковой и стрептококковой этиологии, с поражением аортального клапана. Недостаточность аортального клапана III ст. Хроническая сердечная недостаточность II NYHA. Обследован клинически и параклинически.

Результаты: лихорадка, ознобы, инспираторная одышка, сердцебиение, выраженная слабость. Объективно: кожные покровы бледные, петехии на голенях. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд в мин, АД 110/30 mmHg. Анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, лимфопения, повышенная СОЭ. Гемокультура: высеян *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*. ЭКГ - синусовая тахикардия с ЧСС 110 уд/мин. ЭОС нормальная. Нарушение проводимости по правой н.п. Гисса. Эхокардиография: умеренное расширение левого желудочка, левого предсердия. ФВ-56%. Вегетации на аортальном клапане 20x12mm. Недостаточность аортального клапана III ст., митрального клапана I ст. Умеренная легочная гипертензия. Лечение: комбинированная антибиотикотерапия, противогрибковые препараты. Экстренное хирургическое вмешательство.

Выводы: пациенты с инфекционным эндокардитом стафилококковой этиологии, с большими вегетациями на аортальном клапане, с прогрессированием сердечной недостаточности нуждаются в срочном хирургическом вмешательстве.

В.М. Бондаренко

ВИКОРИСТАННЯ ГУАРЕМУ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З ОЖИРІННЯМ І ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНЕВОГО ОБМІНУ

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

Ю.О. Кривов'яз (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) є важким захворюванням і становить серйозну проблему у сучасному світі. Вирішення проблем, пов'язаних із ЦД, відноситься до основних завдань національних систем охорони здоров'я. Це пов'язано з надзвичайно високим ризиком розвитку його хронічних ускладнень, що призводить до втрати працездатності, інвалідизації та смертності хворих. Основою й початком лікування ЦД є здорове харчування, що є складовою здорового способу життя. Правильне харчування допоможе знизити, підтримати чи збільшити масу тіла.

Мета: вивчити, чи, дійсно, Гуарем має достатній цукрознижувачий ефект і ліпідознижувачі властивості. А також довести, що головною перевагою цього препарату є вірогідне зниження ваги при відсутності відчуття голоду.

Матеріали та методи: На базі Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного

центру обстежено 35 пацієнтів із ЦД 2 типу з ожирінням і порушенням вуглеводного обміну, схожих за антропометричними показниками (усі мали ожиріння II ступеня, ІМТ 35–39,9 кг/м²), віком 45–65 років; тривалість ЦД не більше трьох років, без виражених діабетичних ускладнень. Приблизно 48 % становили чоловіки і 52 % — жінки. Усім пацієнтам у динаміці лікування визначали: глікемію натще, середньодобову і постпрандіальну, рівень АЛТ і АСТ, холестерину, тригліцеридів. Усім пацієнтам вимірювали зріст, масу тіла і розраховували індекс маси тіла (ІМТ), контролювали рівень систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ), ретельно збирали анамнез та контролювали стан пацієнта.

Результати: За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що у хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням і порушенням вуглеводного обміну Гуарем має достатній цукрознижуючий ефект і ліпідознижуючі властивості. Головною перевагою цього препарату було вірогідне зниження маси тіла та ІМТ за відсутності відчуття голоду. 33 пацієнти з 35 відзначали відсутність підвищеного апетиту, відчуття ситості та легкості у виконанні правил харчування. З цього можна зробити

Висновки: Гуарем — має гіпоглікемізуючий ефект. Гуарем — ефективний в лікуванні хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням, які не можуть дотримуватися режиму низькокалорійного харчування, через відчуття голоду.

В. М. Бондаренко

РОЗРАХУНОК ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ ПО ЦИСТАТИНУ С У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

Ю.О. Кривов'яз (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) є важким захворюванням і становить серйозну проблему у сучасному світі. Одним із найтяжчих ускладнень ЦД є діабетична нефропатія (ДН). Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) вважається одним із найкращих показників функції нирок, що змінюється першим. На сьогоднішній день ШКФ розраховують за допомогою ендогенних маркерів, а саме сироваткового креатиніну по формулам Кокрофта-Голта, СКД EPI, MDRD та цистатину С по різних формулах.

Мета: нашого дослідження було вивчити рівень цистатину С у пацієнтів із ЦД 1 типу і мікроальбумінурією (МАУ) та порівняти результати ШКФ, розрахованої за цистатином С і сироватковим креатиніном за різними формулами.

Матеріали та методи. На базі Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру обстежено 32 пацієнти із ЦД 1 типу та МАУ віком від 19 до 50 років, що становило 27,84±7,68 років. Стаж ЦД у цієї групи осіб складав 14,18±7,18 років, що корелювало із розвитком ДН. Усім пацієнтам розраховували ШКФ по сироватковому креатиніну по формулам Кокрофта-Голта, СКД EPI, MDRD. ШКФ по цистатину С розраховувалась по формулі: 100/цистатин С – 14.

Результати. Рівень сироваткового креатиніну склав 0,075±0,017 мкмоль/л, що відповідало нормі у всіх пацієнтів. ШКФ, розрахована по формулі Кокрофта-Голта склала 114,06±34,28 мл/хв, за формулою СКД EPI – 110,21±20,75 мл/хв, по формулі MDRD – 115,5±31,28 мл/хв відповідно. Було виявлено, що рівень цистатину С у 17 пацієнтів був підвищеним, що склало 1,17±0,42 мг/л (норма 0,6–1,11 мг/л). ШКФ склала 83,54±38,93 мл/хв за формулою по цистатину С.

Висновки: Рівень цистатину С зростає із проявами і прогресуванням ДН. Застосування цистатину С для розрахунку ШКФ дає можливість більш ранньої діагностики ДН.

Я.С. Боровська

СКЛЕРОЗ МЕНКЕБЕРГА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

В.С.Вернигородський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У сучасній діабетології актуальною і складною є проблема уражень серцево-судинної системи, так як саме вони призводять до різноманітних ускладнень. Останні нерідко визначають прогноз захворювання та тривалість життя хворих, призводять до тривалої непрацездатності та інвалідності, все частіше служать безпосередньою причиною смерті хворих на цукровий діабет (ЦД).

Мета: вивчити клінічні особливості гемодинаміки і морфологічні зміни магістральних артерій нижніх кінцівок у хворих на ЦД 2 типу.

Матеріали та методи: проведено обстеження 54 хворих на ЦД 2 типу з різними ступенями важкості у віці від 40 до 70 років. Дослідження периферичного кровообігу виконувалось методом доплерографії з використанням апарату SonoAce фірми Medison. Морфометричне дослідження магістральних і колатеральних судин ніг проводили у 18 хворих на ЦД, яким була проведена ампутація з приводу гнійно-некротичних уражень кінцівок. Гістологічні препарати забарвлювались гематоксилін-еозином за Ван Гізоном, резорцин-фуксином за

Вейгертом та альдегід-фуксином по Гоморі.

Результати: Як показали результати наших досліджень, у всіх хворих на ЦД відмічалось порушення тонусу судин і кровонаповнення нижніх кінцівок. Виявлені відхилення показників периферичної гемодинаміки свідчать про те, що для хворих на ЦД 2 типу характерно не тільки ураження дрібних судин, а також артерій середнього калібру і магістральних артерій (поєднання мікро- та макроангіопатій). Морфологічні зміни судин були однотипними і характеризувались проліферацією ендотеліоцитів, значним потовщенням стінки артерій, венул і капілярів, проліферацією гладком'язових клітин і перицитів, звуженням просвіту судин. За нашими даними найбільш частим проявом діабетичноїангіопатії являється медіакальциноз. Його частота та інтенсивність нарастають в напрямку дистальних відділів артерій кінцівки. В стегновій та підколінній артеріях він зустрічався в 34% і в 36% досліджених судин, а в артеріях гомілки і тилу стопи – 55% і 66%, але найбільш частіше (в 72%) – виявлений на рівні медіальної щиколотки. У всіх спостережених медіакальциноз був крупно-сегментарним.

Висновки: у хворих на ЦД 2 типу відмічається виражене порушення кровообігу кінцівок, що пов'язано з розвитком діабетичної макроангіопатії, яка має свої морфологічні особливості у вигляді медіакальцинозу (склерозу Менкеберга), частота та інтенсивність якого зростають в напрямку дистальних відділів артерій кінцівок і носить дифузний характер. Подальше вивчення морфологічних механізмів склерозу Менкеберга у хворих на ЦД 2 типу відкриє перспективи для використання нових сучасних підходів до профілактики та лікування діабетичних макроангіопатій.

О.І. Бородавко

ПОШИРЕНІСТЬ ОСТЕОПОРОЗУ ТА ОСТЕОПЕНІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО

В.І. Кривенко (д.мед.н., проф.)

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: Проблема поєданого перебігу цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) та остеопорозу полягає не тільки в широкій розповсюженості цих патологічних станів у клінічній практиці терапевтів, сімейних лікарів, але, що головне, у відсутності єдиних поглядів на патогенез коморбідності ЦД 2 типу та ураження кісткової тканини. На сьогодні немає єдиної думки щодо стану щільності кісткової тканини (ЩКТ) у даної групи хворих. У літературі є дані як щодо підвищення показників денситометрії, так і щодо їх зниження у цих пацієнтів.

Мета дослідження: оцінка щільності кісткової тканини у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи: обстежено 108 пацієнтів, які хворіють на цукровий діабет 2 типу. Середній вік $60,11 \pm 5,55$ років. Середня тривалість ЦД 2 типу $7,53 \pm 3,12$ років. Гендерний склад сформувався наступним чином: 44,0% (48) чоловіків та 56,0% (60) жінок. Стан ЩКТ визначали за допомогою ультразвукового денситометра Omnisense 7000 на проксимальній фаланзі третього пальця кисті, дистальному відділі променевої кістки та середині великої гомілкової кістки. Оцінку результатів здійснювали за Т-індексом. Нормальна ЩКТ діагностувалась при значенні Т-критерію вище $-1,0SD$, остеопенія- при значенні Т-критерію від $-1 SD$ до $-2,5 SD$, остеопороз – при зниженні Т-критерію менше ніж $-2,5 SD$. Статистична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (StatSoftInc, США).

Результати: За даними ультразвукової денситометрії, зниження ЩКТ зареєстровано у 65,0% (70) пацієнтів. Із них остеопороз діагностовано у 24,3% (17) та остеопенія у 75,7% (53). При аналізі гендерних відмінностей остеопенію діагностовано у 48,3% (29) жінок та 50,0% (24) чоловіків. Остеопороз у 25,0% (15) жінок та у 4,2% (2) чоловіків. При аналізі змін ЩКТ в залежності від області дослідження виявлено що раніше порушення реєструються на променевій кістці. У даній області, ЩКТ у межах норми зареєстрована у 39,3%, остеопенія - у 48,8%, остеопороз – 11,9% пацієнтів. На великогомілковій кістці показники денситометрії у межах норми були у 60,2%, остеопенія виявлена у 32,3%, остеопороз – 7,5%. На фаланзі 72,7%, 23,9% та 3,4% відповідно. Особливість локальних змін ЩКТ у хворих на ЦД 2 типу потребує подальших досліджень.

Висновки: виявлено високу розповсюженість остеопорозу та остеопенії у хворих на ЦД 2 типу. Зниження ЩКТ раніше діагностуються на променевій кістці, що може бути важливим для проведення раннього скринінгового дослідження у даної категорії хворих.

І.В. Боднар

СТАТИСТИЧНА ОЦІНКА ЧАСТОТИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЖІНОК НА ХВОРОБИ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра шкірно-венеричних хвороб

С.А. Боднар (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороби що передаються статевим шляхом, інфекції, вірусні, грибкові ураження складають високий відсоток захворюваності серед населення репродуктивного віку.

Мега дослідження: Статистичний підрахунок кількості хвороб, що передаються статевим шляхом станом на 2016 рік у жінок репродуктивного віку. Чітке визначення рівня захворюваності, її специфіки, спостереження динаміки розвитку у подальшому дозволить визначити етіологію та попередити випадки захворюваності та рецидивів у конкретних випадках та регіонах, виділити найбільш частого збудника та попередити ураження ним.

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети дослідження проведено статистичний підрахунок кількості випадків захворюваності на венерологічні хвороби у жінок репродуктивного віку на базі пренатального центру м. Кам'янець-Подільського станом на 2016 рік.

Результати: Аналіз частоти захворюваності у обстежених жінок на венерологічні хвороби міста Кам'янець-Подільського виявив: кількість вражень мікоплазменної етіології — 74, кількість хворих на уреоплазмоз — 78, кандидоз — 1156, хламідіоз — 38, гарднерельоз — 713, трихомоніаз — 124, вірус герпесу — 25, вірус папіломи людини — 38. Також підраховано випадки вперше виявлених хвороб, а саме: мікоплазмоз — 46, уреоплазмоз — 42, гарднерельоз — 427, кандидоз — 720, трихомоніаз — 106, вірус папіломи людини — 11, вірус герпесу — 6, цитомегаловірусна інфекція — 3. Всього кількість випадків захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, станом на 2016 рік, складає 2289, серед них, кількість хвороб, які вперше виявлені — 1369.

Висновки: Поширеність, статистична оцінка кількості випадків хвороби в певному населеному пункті дає можливість розробити конкретні лікувальні і профілактичні заходи, неможливі без знання основних тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення.

Д.С. Борота, І.С. Качан

СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК ІЗ КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ

Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

В.І. Кривенко (д.мед.н., проф.)

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день відомо, що кальцинуюча хвороба клапанів серця та остеопороз розвиваються за спільними патогенетичними шляхами. Саме тому активно досліджується взаємозв'язок даних захворювань із метою пошуку нових спільних засобів профілактики та лікування. Особливо актуальним є вивчення поєднання даних захворювань на інціальних етапах (склероз, незначний кальциноз клапанів серця, остеопенія), що можуть бути виявлені сучасними методами дослідження на доклінічному етапі.

Мега дослідження: оцінка мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у жінок із склерозом та кальцинозом клапанів серця.

Матеріали і методи: Обстежено 40 жінок у постменопаузі із гіпертонічною хворобою, середній вік — 65±8,8 років. Критерії виключення: ревматичне ураження клапанів серця, порушення функції щитоподібної залози, онкопатологія, терапія глюкокортикостероїдами в анамнезі. Усім пацієнтам було проведено ехокардіоскопію (ЕХО-КС), за даними якої визначали наявність кальцинозу, склерозу клапанів серця, ступінь кальцинозу оцінювали за напівкількісною шкалою як незначний, помірний та виражений. За даними ЕХО-КС усі обстежені були розподілені на 5 категорій у залежності від стану клапанного апарату серця: 1 категорія — із нормальною структурою клапанів серця (n=12, 30%), 2 — із склерозом стулок аортального та/або мітрального клапана (n=7, 17,5%), 3 — із незначним (n=6, 15%), 4 — із помірним (n=8, 20%) та 5 — із вираженим кальцинозом клапанів серця (n=7, 17,5%). Ступінь порушення МЩКТ визначали методом УЗ-денситометрії на апараті «Omnisense 7000» з використанням датчиків для фаланги пальця, променевої і великогомілкової кістки. Діагностика остеопорозу здійснювалася відповідно до критеріїв ВООЗ. Ступінь порушення МЩКТ оцінювався за Т-критерієм. Оцінка 10-річного ризику остеопорозних переломів проводилася за алгоритмом FRAX. Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою програм «STATISTICA 10.0» (StatSoft® Inc, США), Microsoft Office Excel. Для аналізу кореляційного зв'язку кількісних показників МЩКТ із категоріальними показниками кальцинозу клапанів використовували гама-кореляційний аналіз.

Результати: За даними УЗ-денситометрії, остеопороз було виявлено у 50% жінок, остеопенію — у 42,5% і нормальну МЩКТ — у 7,5 % пацієнтів. За даними гама-кореляційного аналізу, було виявлено достовірний зворотній зв'язок між МЩКТ (Т-критерієм в області фаланги пальця) та ступенем кальцинозу клапанів серця (R= -0,46, p<0,05), достовірний прямий зв'язок між ступенем кальцинозу клапанів серця та 10-річним ризиком остеопорозних переломів за FRAX (в області фаланги - R= 0,47, p<0,05, в області великогомілкової кістки - R= 0,39, p<0,05).

Висновки: Таким чином, у жінок в постменопаузі ступінь кальцинозу клапанів серця навіть на початкових стадіях кальцифікації, на етапі склерозу та незначного кальцинозу, пов'язаний із МЩКТ та ризиком остеопорозних переломів. Дані висновки мають важливе значення у контексті подальшого пошуку медикаментозних засобів для профілактики та терапії кальцинозу клапанів серця, що протікає на тлі остеопорозу.

А.О. Брюханова
АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО БІЛІАРНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Кафедра внутрішньої медицини №3

О.І. Афанасюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: первинний біліарний цироз печінки (ПБЦП) привертає велику увагу в зв'язку з ростом захворюваності і відсутністю істотних зрушень у з'ясуванні етіопатогенезу та можливостей терапії. ПБЦП становить 6-12% серед всіх цирозів печінки. **Однак реальні дані щодо поширення цього захворювання в Україні відсутні.** Завдяки клінічним дослідженням та новим методам діагностики стало можливим виявлення ПБЦП на ранніх стадіях та попередження його подальшого прогресування.

Мета: удосконалити алгоритм діагностики та лікування ПБЦП.

Матеріали та методи: опрацьовано 3 підручники та 16 статей з 2012 по 2016 рік.

Результати: Крок 1 - виявлення факторів ризику появи ПБЦП: генетична схильність (частіше хворіють жінки старше 40 років) та враження біліарної системи. Крок 2 - скарги. Ранні ознаки - виражена втомлюваність та генералізований свербіж. Пізніше з'являються біль у правому підребер'ї, ознаки холестазу, портальної гіпертензії та аутоімунного синдрому. Часто ПБЦП супроводжують інші аутоімунні захворювання (целиакія, цукровий діабет, склеродермія, ревматоїдний артрит). Крок 3 - об'єктивне обстеження, при якому можна виявити жовтяницю, сліди розчухів на шкірі, ксантоми і ксантилазми, гіперпігментацію шкіри відкритих ділянок тіла, везикулярно-папульозний висип, на пізніх стадіях - барабанні палички, гепатоспленомегалію, ознаки недостатності жиророзчинних вітамінів, прояви портальної гіпертензії. Крок 4 - лабораторна діагностика. В загальному аналізі крові анемія і збільшення ШОЕ. Біохімічний аналіз крові відображає зміни функцій печінки та ознаки холестазу, останні перевищують нормув 23 рази. Специфічний маркер ПБЦП - антимітохондріальні антитіла, підтип M2 у титрі більше, ніж 1:40. Крок 5 - інструментальна діагностика: УЗД печінки з доплерографією, де виявляються ознаки цирозу (гепатомегалія, вузли регенерації) та портальної гіпертензії (розширення селезінкової та ворітної вен), позапечінкові жовчні ходи без змін. Для остаточного встановлення діагнозу та стадії захворювання застосовують пункційну біопсію печінки. Крок 6 – терапія: урсодезоксихолева кислота (УДХК) 13-15 мг/кг/добу пожиттєво. При недостатній відповіді на монотерапію УДХК застосовується її комбінація з глюкокортикоїдами (преднізолон 10 мг/добу або будесонід 9мг/добу). Додатково парентерально вводять вітаміни А, D, E, K. В даний час вивчається ефективність фібратів, обетихолевої кислоти, антиретровірусних препаратів, ритуксимабу. Єдиним ефективним методом лікування при III–IV стадіях ПБЦП є трансплантація печінки, яка збільшує п'ятирічне виживання до 60%.

Висновки: запропонований алгоритм діагностики ПБЦП сприяє більш ранньому виявленню чи виключенню даного захворювання. Алгоритм лікування сприяє попередженню прогресування ПБЦП і значному подовженню терміну до трансплантації печінки.

О.П. Букач

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІПОЛІПДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ
ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА T-786C ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ОКСИД АЗОТУ СИНТАЗИ**

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

О.І. Федів (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Відповідно до рекомендацій групи експертів EULAR щодо моніторингу кардіоваскулярних ризиків у хворих на ревматоїдний артрит (РА), у тому числі розвитку та прогресування атеросклерозу, необхідно враховувати рівень ліпідів та поліморфізм гена T-786C ендотеліальної оксид азоту синтази (eNOS).

Мета: визначити зміни ліпідного профілю у пацієнтів на РА у поєднанні з абдомінальним ожирінням (АО), артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом типу 2 (ЦД2) залежно від поліморфізму гена T-786C eNOS та проведеного лікування.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 70 хворих з РА і супутньою АО, АГ, ЦД2 та групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Дослідження поліморфізму T-786C гена eNOS проводили методом полімеразної ланцюгової реакції у державному закладі «Референс-центр» з молекулярної діагностики МОЗ України. Для визначення ліпідних порушень провели аналіз вмісту у плазмі загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), із наступним розрахунком індексу атерогенності (ІА), а також холестеролу ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), триацилгліцеролів (ТГ). Статистично обробку даних здійснювали за допомогою пакета IBM SPSS Statistics® 23.0 та Microsoft Excel 2010. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати: У хворих на РА з коморбідною патологією ЗХС був вище популяційної норми у 61,67% пацієнтів, ХС ЛПНЩ – майже у кожного другого (45,0%), ТГ – у 80,0% осіб, а ХС ЛПВЩ навпаки був нижче норми майже у 2/3 пацієнтів (65,0%). Серед носіїв CC-генотипу частіше зустрічали осіб із рівнем ЗХС вище

популяційної норми – на 75,0% ($p=0,005$), а серед власників дикого *T*-алеля частіше виявляли осіб із нижчим вмістом ХС ЛПВЩ – на 31,04% ($p=0,018$) і 30,44% ($p=0,039$) та вищим рівнем ТГ – на 51,72% ($p<0,001$) і 56,52% ($p<0,001$) відповідно. У хворих на РА спостерігали більший вміст ЗХС, ТГ та вищий розрахунковий індекс атерогенності (ІА), ніж у групі контролю у 1,17-2,39 разів ($p\leq 0,04-0,001$), за нижчої концентрації ХС ЛПВЩ – на 20,75-30,19% ($p\leq 0,026-0,001$). Нами було проведено всім пацієнтам 30-денне базисне лікування ревматоїдного артриту у вигляді метотрексату 7,5 мг/тиждень, фолієвої кислоти 5мг/тиждень, метилпреднізолон 4–12 мг/добу та корекція ліпідного обміну статинами («Аторис» КРКА, д.д., Ново Место, Словенія) 10-20 мг на добу. Після проведеного лікування, нами було встановлено, що у хворих на РА з супутньою патологією знизився ЗХС на 18,9%, ХС ЛПНЩ – на 20,01% та ТГ на 16,12%, натомість вміст ХС ЛПВЩ зростає на 19,26% ($p<0,005$) відповідно. Ефективність лікування була більш виражена у носіїв *T*-алеля ніж носії *CC*-генотипу.

Висновки: Перебіг ревматоїдного артриту супроводжується дисліпідемією: рівень ЗХС вище популяційної норми наявний у 61,67% пацієнтів, ХС ЛПНЩ – майже у кожного другого (45,0%), ТГ – у 80,0% осіб, а ХС ЛПВЩ навпаки нижче норми у 2/3 пацієнтів (65,0%). Рівнем ЗХС вище популяційної норми серед носіїв *CC*-генотипу – на 75,0% ($p=0,005$), а серед власників дикого *T*-алеля частіше наявні особи із нижчим вмістом ХС ЛПВЩ – на 31,04% ($p=0,018$) і 30,44% ($p=0,039$) та хворі із вищим рівнем ТГ – на 51,72% ($p<0,001$) і 56,52% ($p<0,001$) відповідно. Враховуючи патогенетичну роль ліпідних порушень в розвитку і прогресуванні РА, з метою покращення ліпідного обміну доцільно доповнювати до базисного лікування гіполіпідемічну терапію.

А.В. Ваколюк, Т.С. Рябець

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА НАСЛІДКІВ АВАРІЙ НА ЧАЕС НА АЕС ФУКУСІМА

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Курс радіології

О.Б. Баланюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Минуло більше 30 років з часів аварії на ЧАЕС. Однак шлейф неоправаних наслідків тягнеться і на цей час. Чимало хвороб пов'язують саме з впливом надмірно радіаційного випромінювання, внаслідок аварії. В оцінці наслідків катастроф та пошуку рішень важливим є не лише сконцентруватись на певній аварії, а й порівняти її з досвідом інших подібних випадків.

Мета: Порівняти характеристики нозологічної картини онкологічних патологій на територіях, які були під ефектом аварій на ЧАЕС та АЕС Фукусіма. Здійснити порівняльну оцінку ефективності дій медичного персоналу, роботи наукових установ та заходів щодо попередження захворюваності населення, яке знаходилось під впливом радіації після аварії. Оцінити епідеміологію та дозиметрію радіації, зібрати та проаналізувати дослідження онкозахворювань, як основного довготривалого ефекту радіації

Матеріали та методи: Дана робота виконана шляхом синтезу та аналізу наукових досліджень онкозахворювань на територіях уражених радіаційним випромінюванням.

Результати: Було визначено, що для двох аварій були різні найпоширеніші ізотопи. Для ЧАЕС це: ^{95}Zr + ^{95}Nb , ^{103}Ru , ^{106}Ru , ^{132}Te + ^{132}I , ^{140}Ba + ^{140}La , ^{141}Ce та ^{144}Ce) та види радіоактивного Цезію (зокрема ^{134}Cs та ^{137}Cs) для АЕС Фукусіма це були сполуки Тритію та ізотопи Йоду. Середня доза випромінювання була вищою для АЕС Фукусіма, там як щільність радіоактивних речовин була вищою. Щодо захворюваності та смертності, то було визначено, що вищою вона була на території ЧАЕС та територіях уражених випромінюванням від ЧАЕС.

Висновки: аварію на Першій АЕС Фукусіма та на Чорнобильський АЕС можна порівняти, адже це події одного класу: руйнується оболонка реактора, радіоактивні ізотопи потрапляють в довкілля. Однак на Фукусіма радіоактивні речовини не потрапили, на відміну від Чорнобиля, на десятикілометрову висоту, але забруднення було щільнішим, що було катастрофічно для густонаселеної Японії.

Л.С. Васильєва, А.В. Матушак

КОНТАКТНИЙ ДЕРМАТИТ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ПРОФЕСІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Бондарчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Руки – основний інструмент у роботі медичного працівника, який щодня піддається впливу величезної кількості негативних факторів, що досить часто (за даними ВООЗ у 20-40% випадків) виливається у таке грізне захворювання як контактний дерматит. Який, у свою чергу, не лише погіршує якість повсякденного життя медичного персоналу, а й деколи спонукає відмовитись від улюбленої справи.

Мета: Визначити зв'язок між виникненням контактного дерматиту та виконанням професійних обов'язків медичними працівниками, виокремити етіологічні фактори контактного дерматиту, сформулювати перелік

заходів, які б сприяли попередженню виникненню та прогресуванню контактного дерматиту у медичних працівників.

Матеріали і методи: Для дослідження даного питання ми використали метод анкетування. 65 медичним сестрам лікувально-профілактичних закладів нашого міста ми запропонували заповнити анкети, які склалися з 16 питань, направлених на визначення стажу роботи за спеціальністю, частоти використання рукавичок, симптомів, що виникають після використання рукавичок, часу їх появи та зникнення, а також виявлення супутніх хронічних захворювань та дослідження алергологічного анамнезу. Обробку отриманих результатів ми здійснювали шляхом визначення кореляційного коефіцієнта Пірсена і коефіцієнта взаємної спряженості Чупрова.

Результати: В ході дослідження виявлено: 1) зв'язок між стажем роботи і кількістю симптомів контактного дерматиту(найбільш яскрава симптоматика спостерігається у осіб, що мають стаж роботи 30-40 років), 2) частотою використання рукавичок і виявленими симптомами(при використанні рукавичок більше 20 разів на день, симптоми найбільш виразні), 3) між стажем роботи та часом необхідним для регресу симптомів(при стажі роботи більше 20 років симптоми зникають лише на період вихідних або відпустки, що може свідчити про професійний характер виявлених симптомів). Ці дані виявилися достовірними із ймовірністю 99,5% за коефіцієнтом Пірсена. Окрім того нами встановлено, що у 84,6% опитаних симптоми виникають лише під час виконання професійних обов'язків, лише у 7,6% опитаних присутній обтяжений алергологічний анамнез, 30,7% опитаних мають хронічні захворювання, і що найбільш важливо виявлені симптоми порушують якість життя 76,9% респондентів.

Висновки: контактний дерматит – це професійне захворювання медичних працівників, яке краще профілакувати, аніж лікувати, тому ми запропонували перелік порад, який допоможе мінімізувати негативний вплив при виконання професійних обов'язків: використання не припудрених безлатексних рукавичок, одягати рукавички на добре висушені руки, а також використовувати засоби по догляду за шкірою, що містять рук принаймні двічі на добу.

Д.С. Верхоланцев, Я.М. Демчишин

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТРАЛГІЇ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Кафедра внутрішньої медицини №1

В.О. Новоселецький (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ревматоїдний артрит (РА) найпоширеніше аутоімунне запальне захворювання суглобів у дорослих (Helmick C.G., Felson D.T., 2008). Відомо про значний негативний вплив РА на фізичну активність та якість життя хворих, ризик підвищеної смертності (Solomon D., Karlson E., 2003; Salaffi F., Sarzi-Puttini P., 2009). На сьогоднішній день значні результати досягнуто у розумінні патогенезу та клінічного перебігу захворювання, що в свою чергу призвело до покращення лікування РА. Однак, значною проблемою залишається недостатньо рання діагностика РА, коли в дебюті захворювання відсутні ознаки з чіткою клінічною диференціацією. У 2016р. вперше було виділено 7 клінічно значимих критеріїв артралгії, типових саме для РА (Hanna W. Steenbergen, D.Alehata): тривалість більше 1 року, ураження проксимальних міжфалангових суглобів, максимальна інтенсивність болю вранці, ранкова скутість більше 60хв, наявність родичів першого порядку з РА, важкість при стисканні руки в кулак, позитивний тест стискання.

Мета: протестувати вищезазначені критерії артралгії у хворих з недиференційованим артритом та підозрою на РА.

Методи дослідження: загально клінічні (опитування, фізикальний огляд), лабораторні, інструментальні, статистичні.

Результати: у обстежених нами пацієнтів (n=30) було оцінено наявність критеріїв артралгії притаманної РА, з урахуванням клініко-анамнестичних, лабораторних та інструментальних даних. Так, у 3 пацієнтів було виявлено всі 7 критеріїв (10 %), у 14 – 6 критеріїв (46.7%), у 7 хворих – 5 критеріїв, що становило відповідно 23,3%. У решти 6 пацієнтів було виявлено лише 4 критерії (20%). Крім оцінки суглобів, враховувались дані лабораторного (рівень ШОЕ, СРБ, рівень anti-CCP та РФ) та інструментального обстеження (результати Рографії та УЗД уражених суглобів). Діагноз РА встановлювали згідно рекомендацій EULAR 2010. Таким чином, після цілісної клініко-лабораторної оцінки діагноз РА було встановлено у 24 пацієнтів з наявністю 5 та більше критеріїв артралгії (p<0.05).

Висновки: Виділені критерії є достовірними ознаками артралгії притаманної РА (p<0.05) та можуть використовуватись на етапі ранньої діагностики даного захворювання.

М.В. Волошина, І.О. Сіцінська, О.М. Клепар, Т.О. Бербенчук
ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Л.О. Волошина (к.мед.н.)

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”

м. Чернівці, Україна

Вступ. Ключовим питанням сучасної світової медицини, що передбачає дослідження взаємодії спільної патогенетичної взаємообтяжливої платформи патологічних процесів та пошук ефективніших лікувально-профілактичних програм є коморбідність.

Подагра є поширеним захворюванням опорно-рухового апарату з високим рівнем коморбідності, що створює основу судинних ризиків та поліпрагмазії та з часом призводить до функціональної недостатності опорно-рухового апарату, погіршення якості життя пацієнта та різноманітних ускладнень, часто загрозливих життю.

Мега дослідження: вивчити вікові особливості формування коморбідності у хворих на подагру.

Матеріал і методи. 46 хворим на подагру у віці 29-60 (середній вік 44,2 років) проведено клініко-інструментальні та лабораторні дослідження. Діагноз подагри встановлений згідно рекомендацій EULAR (2010) та Наказу МОЗ України №676 від 12.10.2006 року «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим ревматологічного профілю». Коморбідні захворювання – згідно відповідних протоколів МОЗ України та підтвердження профільними фахівцями.

Результати та їх обговорення. За поділом хворих подагрою на вікові групи (I – до 35 років, II – 35 - 50 років, III – старше 50 років коморбідні захворювання мали чітку тенденцію зростання за віковими групами.

Оцінюючи індекс коморбідності (ІК) та вираженість патогенетично пов'язаних захворювань встановлено, що у пацієнтів I групи ІК був найнижчим та коморбідні процеси мали початкові короткотривалі прояви, а для пацієнтів III групи характерним був найвищий ІК та значні прояви коморбідних хвороб, що підвищували не тільки кардіоваскулярний, цереброваскулярний але й гастроінтестинальний та нефротоксичний ризики у обстежуваного контингенту хворих. Серед коморбідних процесів кількісно і за вираженістю переважали хвороби серцево-судинної системи: артеріальна гіпертензія, ІХС, які з віком мали більшу вираженість, в т.ч. з явищами серцевої недостатності та частіше (анамнестично) констатувалися васкулярні події (інфаркт, інсульт, тромбоемболії). Більшість пацієнтів мали надлишкову масу тіла чи різні ступені ожиріння, що вносило свою негативну частку в розвиток та швидкість прогресування подагри та підвищувало досліджувані ризики.

Прогресування подагри та зростання індексу коморбідності у хворих на подагру погіршувало результати лікування основної та коморбідних хвороб, що спонукало до пошуку вдосконалення програм лікування, з урахуванням взаємодії застосованих лікарських засобів, в т.ч. з акцентом на застосування ліків рослинного походження.

Висновок. Із зростанням віку пацієнтів на подагру збільшується кількість та вираженість коморбідних захворювань, що сприяє прогресуючому перебігу хвороб, ускладнює лікувальний процес, підвищує рівень кардіо-, церебро-, гастро- та нефротоксичного ризиків та потребує міждисциплінарного підходу до вирішення проблеми.

А.О. Гаджало

АНГИОПАТИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (СД)

Кафедра ендокринологии

И.В.Тищенко (к.мед.н., доц.)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

г. Днепр, Украина

Актуальность: Актуальной проблемой при СД 2 типа остаётся поражение артерий нижних конечностей (НК), которое часто сочетается с такими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Цель: Проанализировать особенности ангиопатии НК у больных СД 2 типа с сопутствующей патологией ССС.

Материалы и методы: обследовано 74 больных (б.) СД 2 типа в стадии субкомпенсации, мужчин (м.) 26, женщин (ж.) 48, средний возраст 65,2±2,4 года (г.), средний стаж СД 13,9±1,4 г. Выделены группы (гр.) в зависимости от клинических проявлений ангиопатии НК: 1 гр. без явных нарушений, 2 гр. в стадии функциональных нарушений, 3 гр. в стадии органических нарушений. Проведены физикальное обследование, антропометрия с определением средних значений индекса массы тела (ИМТ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Проанализированы жалобы, данные анамнеза, результаты осмотра НК, средний уровень общего холестерина (ХС), данные ультразвукового исследования (УЗ) НК.

Результаты: 1 гр.: 12 б., м. - 67%, ж. - 33%, средний возраст 52,1±3,9 г., средний стаж СД 8,7±2,3 г. Курили 22% (м.). ИМТ 27,5±0,7 кг/м². Уровень ХС 5,6±0,2 ммоль/л. Жалобы, в связи с ангиопатией НК, её объективные проявления, трофические изменения НК отсутствовали. ЛПИ справа 1,19±0,04, слева 1,22±0,03. Анамнез: у 83% больных неосложнённая АГ. УЗ НК (25% б.): стенозы артерий до 20-25% просвета.

2 гр.: 26 б., м. - 23%, ж. - 77%, середній вік 66,5±2,3 г., стаж СД 14,6±2,2 г. Курили 11,5% (м.). ИМТ 29,9±1,5 кг/м². Урівень ХС 6,5±0,2 ммоль/л (p1-2<0,05). Жалоби на слабкість, періодическі болі в голених при ходьбі, ощущение похолодання в стопах. Осмотр НК: кожа бледная, стопы тёплые или прохладные, пульсация тыльной артерии стопы (ТАС) сохранена или ослаблена, трофических изменений нет. ЛПИ справа 1,11±0,04, слева 1,15±0,05. Анамнез: у 77% пациентов АГ, у 8% - инсульт, у 38% – ТИА, у 23% - ИБС, в том числе у 15% острый инфаркт миокарда (ОИМ). УЗ НК (23% б.): стенозы артерий 35-60% просвета.

3 гр.: 36 б., м. - 34%, ж. - 66%, середній вік 67,4±1,9 г., стаж СД 15,2±2,1 г. Курили 11% (м.). ИМТ 28,7±1,3 кг/м². Урівень ХС 6,4±0,2 ммоль/л (p1-3<0,05). Жалоби на болі в НК ноющего, тянущего характера при ходьбі и в покое, судороги, ощущение холода в НК. Осмотр НК: кожа бледная, пульсация ТАС ослаблена или отсутствует, выраженные трофические нарушения. ЛПИ справа 1,01±0,03 (p1-2<0,05), слева 1,03±0,04 (p1-2<0,05). Анамнез: у 72% пациентов АГ, у 11% инсульт, у 28% ТИА, у 22% ИБС, в том числе у 17% ОИМ. УЗ НК (25% б.): стенозы артерий 50-75% просвета.

Выводы: У обследованных пациентов СД 2 типа имели место факторы риска ангиопатии НК: стаж СД, повышенный ИМТ, гиперлипидемия, АГ, курение. Ангиопатия НК выраженных степеней выявлялась при большем стаже СД и сопровождалась более высоким уровнем холестеринемии, наличием ИБС, более тяжёлой АГ. Наличие у больных СД 2 типа факторов риска ангиопатии требует своевременного обследования для раннего выявления поражения артерий НК.

І.О. Гайченя, В.В. Лагода

КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.О. Гавриленко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пухлини головного мозку займають одне з провідних місць у структурі онкологічної захворюваності населення. З кожним роком частота їх виникнення зростає. За рахунок того, що мозок оточений черепною коробкою, ускладнюється діагностика пухлин, також усі пухлини клінічно набувають злоякісного перебігу. Тому променева діагностика має дуже важливе значення у діагностиці пухлин головного мозку. Комп'ютерна томографія дозволяє за короткий термін отримати велику кількість аксіальних зрізів, що значно полегшує і пришвидшує верифікацію діагнозу.

Мета: Визначити частоту виявлення дифузних змін у головному мозку за результатами СКТ досліджень у хворих із підозрою на пухлину головного мозку. Вирахувати частоту захворювання у порівнянні зі статтю і віком пацієнтів. Також дослідити розташування патологічного процесу, форму, контури, розміри, структуру новоутворень, наявність перифокального набряку і набряку речовини головного мозку, зміщення серединних структур, деформації шлуночкової системи і базальних цистерн, поєднання НМК, дисциркуляторною енцефалопатією і атрофічними змінами, деструкцією кісткової тканини.

Матеріали та методи: Було проаналізовано результати СКТ-досліджень головного мозку 43 пацієнтів з метою діагностики характеру патологічного процесу в молочних залозах. Діагностичні СКТ-матеріали отримані на клінічній базі НДЦ ВМУ. СКТ-дослідження головного мозку проведено за стандартною методикою візуалізації за допомогою спірального комп'ютерного томографа "SeleCT SP" фірми "Elsint" (Ізраїль). Для візуалізації структур головного мозку проводили пошарове сканування головного мозку, з товщиною томографічних зрізів 0,5 мм.

Результати: З 40 пацієнтів дифузні зміни розташовані у лівій гемісфері в 45% (19 хворих), у правій гемісфері в 42,5% (17 хворих), у мозочку в 10% (4 хворих), у шлуночках в 2,5% (1 хворий). Кореляції між статтю хворих і частотою утворення пухлин не знайдено. Патологічний компонент переважно неправильної форми 52,5%, контури нечіткі і нерівні 60%, великих розмірів 60%, змішаної структури 52,5% часто з ділянками звапніння 35%, з вираженим перифокальним набряком 41,5%, із зміщення серединних структур 42,5%, без деформації шлуночкової системи 40%, з незначною деформацією базальних цистерн 50%, із набряком речовини головного мозку 45%, без наявності НМК 85%, з дисциркуляторною енцефалопатією і атрофічними змінами 60%, без деструкції кісткової тканини 85%.

Висновок: Отримані дані вказують на високу частоту захворюваності серед населення, на переважне враження півкуль головного мозку. Також ці дані показують, що часто пухлини головного мозку супроводжуються зміщенням серединних структур, перифокальним набряком і набряком речовини головного мозку.

К.В. Гиренко, О.В. Сулімко

ДЕЯКІ АСПЕКТИ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ВИСОКОТОКСИЧНИХ КОМПОНЕНТІВ РАКЕТНОГО ПАЛИВА НА ОРГАНІЗМ ЛІКВІДАТОРІВ РАКЕТНО-ЯДЕРНОЇ ЗБРОЇ НА ВІННИЧИНІ

Кафедра внутрішньої медицини №2

О.П. Данченко (ас.)

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

Актуальність теми: З початку ліквідації ракетних комплексів військовослужбовці перебували під впливом шкідливих факторів, зокрема, компонентів ракетного палива (КРП) на тлі постійного психоемоційного і фізичного навантаження, що не могло не призвести до появи низки хронічних захворювань, зниження імунітету, і, в свою чергу, потребувало проведення довгострокового клініко-епідеміологічного моніторингу та надання лікувально-профілактичної допомоги.

Мета: Проаналізувати захворюваність осіб, які приймали участь в ліквідації ракетно-ядерної зброї і контактували з КРП.

Матеріали та методи: Для дослідження використовувались дані медичної документації відділення професійної патології Військово-медичного клінічного центру центрального регіону (ВМКЦ ЦР).

Результати: За даними медичних обстежень (1992 – 1996 рр.), рівень захворюваності серед військовослужбовців, які були зайняті на демонтажних роботах і в спорудах, де зберігалися ядерні боеприпаси, виріс більш, ніж в 2,5 рази, а у тих, хто працював з КРП - в 6,3 рази. Зокрема, ріст захворюваності був обумовлений збільшенням: інфекційних хвороб в 3,2 рази, хвороб системи кровообігу в 2,3 рази, хвороб органів травлення в 5,6 разів, хвороб шкіри і підшкірної клітковини в 6,2 рази, хвороб органів дихання в 3 рази. Під час найбільш інтенсивного проведення ліквідаційних робіт (1996 рік) в групі осіб, що контактували з КРП, в структурі захворюваності перше місце займають інфекційні захворювання – 32,8%, друге місце - хвороби органів травлення – 29,3%, хвороби шкіри і підшкірної клітковини займають третє місце – 23,7%, четверте і п'яте місце посідають хвороби органів дихання і кровообігу – 8,2 і 6,0 відповідно. Серед хвороб серцево-судинної системи найчастіше зустрічались: атеросклеротичні зміни кровеносних судин – 35,3%, нейроциркуляторна дистонія – 20,7%, кардіосклероз – 18,7%, міокардіодистрофія – 12,5%, інші – 12,8%; серед хвороб органів травлення хронічний гастрит і гастродуоденіт – 43,0%, функціональні розлади шлунку – 19,0%, хронічні хвороби печінки і жовчного міхура – 14,0%, інші – 24,0%. При цьому у 84% ліквідаторів були виявлені патологічні зміни в паренхімі печінки.

Висновки: Результати дослідження свідчать про те, що дія виробничих шкідливостей в процесі ліквідації ракетно-ядерної зброї призвела до значного зростання рівня захворюваності у військовослужбовців, що потребує проведення комплексних лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у цього контингенту осіб з метою поліпшення їх стану здоров'я.

Д.М. Голубєв

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРИВАНЬ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Кафедра внутрішньої медицини № 3

Ю.Ю. Шушковська (ас.)

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

Актуальність: Елевація сегменту ST (с. ST) на ЕКГ має надзвичайно важливе значення для постановки діагнозу, призначення лікування.

Мета: Виділити основні захворювання та патологічні стани, які супроводжуються елевацією сST та провести їх диференційну діагностику.

Матеріали та методи: Робота проведена шляхом пошуку, вивчення та аналізу актуальної літератури, наукових статей по даній темі.

Результати: В стандартних та посиленних відведеннях коливання с. ST складають $\pm 0,5$ мм відносно ізолінії; у V1-3 можлива його елевація до 2 мм; у V4-6 – депресія до 0,5 мм (В.В.Мурашко, А.В.Струтинський).

Захворювання, що супроводжуються елевацією сегменту ST: ІМ з елевацією с. ST (STEMI). Елевація сST у вигляді прямої лінії чи випуклої вгору, що зливається із зубцем Т з формуванням купола; широкий, спрямований угору зубець Т, або інвертований Т; патологічні зубці Q; ступінь елевації ST або висота зубця Т можуть наближатися чи перевищувати висоту комплексу QRS; реципрокна депресія ST. Гостра і хронічна аневризма серця. «Застигла» ЕКГ (відсутність динаміки змін с. ST порівняно з початковими її змінами при ІМ). ПБ ЛНПГ. Значна деформація комплексу QRS; високі, широкі та деформовані зубці R у лівих відведеннях; дискордантність с. ST та зубця Т. Для визначення STEMI на тлі ПБ ЛНПГ існують критерії Sgarbossa. Феномен ранньої реполяризації шлуночків. С. ST піднятий над ізолінією та увігнутий, може обмежуватися передніми або грудними відведеннями, ступінь елевації, як правило, не перевищує 3 мм; наявні чітка демаркація точки j та

зубрина в цьому місці. У 50% випадків спостерігається депресія в aVR. Зубець T може бути високим, перевищувати 10 мм в грудних відведеннях, але не є широким і вищим зубця R, що зустрічається при ІМ. Комплекс QRS має високий вольтаж у грудних відведеннях, що різко контрастує з ІМ, коли комплекси QRS залишаються низькими. Перикардит. Елевація с. ST поширена, немає реципрокної депресії його. Ступінь елевації рідко є більшим 4-5мм, і найвища вона у II, V5-6 відведеннях. Виявляють депресію с. ST у aVR, V1. Зубець T менший від комплексу QRS. Наявна депресія сегменту PR. Від синдрому ранньої реполяризації відрізняється тим, що співвідношення ST/T у V5-6 > 25%. Синдром Бругада. Косонизхідна, «склепінчастої» чи «сідлоподібної» форми елевація с. ST у V1-3; БПНПГ; схильність до ШПТ по типу «пірует». Кардіоміопатія Токотсубо. Імітація ГКС у передньогрудних відведеннях, що минає через декілька днів чи тижнів. У 97% випадків – інверсія та збільшення амплітуди зубця T; у 27% – патологічний зубець Q. Може бути подовження інтервалу QT, патологічний зубець U. Гостре легеневе серце. Елевація сегменту ST у V1-2, III, aVF; наявність QIII-SI. Стенокардія Принцметала. Елевація с. ST, яка триває секунди-хвилини; можливе збільшення амплітуди зубця R, розширення комплексу QRS.

Висновки: розуміння причин елевації с. ST дуже важливе, що дозволяє запідозрити правильний діагноз і почати своєчасне лікування, що особливо важливо при наявності STEMI.

Б.В. Грибук, Т.В. Динис

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В ЯК ФАКТОР ГАЛЬМУВАННЯ РОЗВИТКУ ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.О. Войналович (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Частота виникнення гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) в економічно розвинених країнах світу дорівнює 1-5%, серед яких HBV - інфекція становить 80%. Предикторами формування ГЦК є фіброгенез і високий рівень вірусного навантаження. Своєчасний початок противірусної терапії (ПВТ) є умовою для гальмування розвитку ГЦК у хворих на хронічний гепатит В.

Мета: Оцінити вплив ПВТ на розвиток ГЦК та оцінити їх ефективність.

Матеріали та методи: Під нашим спостереженням знаходилось 15 пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом В, які перебували на диспансерному обліку у Вінницькому гепатологічному центрі. Серед них: чоловіків 9, жінок 6, середній вік склав 32-35 р. Усім пацієнтам до початку ПВТ визначено за допомогою ПЛР вірусне навантаження, генотипа ступінь фіброзу методом еластомерії. Пацієнти поділені на три групи: перша група отримувала пегільований інтерферон (альфа-2а) впродовж 1 року; друга група отримувала тенофовір впродовж 1 року; третя група не отримувала специфічної терапії. До початку лікування вірусне навантаження було більше 20000 МО/мл. В усіх осіб до початку ПВТ ступінь фіброзу був F2. Ефективність ПВТ оцінювали згідно зниження вірусного навантаження (моніторинг кожні 3 міс.) на 2log та зменшення ступеня фіброзу.

Результати: В першій групі після проведення ПВТ ступінь фіброзу зменшився в 3 осіб (60%) з F2 до F1, в 2 не змінився (40%); в другій групі ступінь фіброзу сталий, а в третій групі в 2 осіб (40%) спостерігалось прогресування з F2 до F3. Через 6 місяців у 6 осіб, яким проводилась ПВТ ДНК HBV не виявлено, в 4 осіб зафіксовано зниження вірусного навантаження більше, ніж на 2 log, а через рік вірус не виявлявся у всіх 10 осіб.

Висновок: У всіх пацієнтів, незалежно від схем ПВТ, через рік від початку терапії ДНК HBV не виявлено. Тоді як зменшення ступеня фіброзу було зафіксовано лише у пацієнтів, які отримували пегільований інтерферон (60%). Отже, ефективна ПВТ може бути фактором гальмування формування ГЦК.

О.В. Грібенюк

ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СУДИННОЇ СТІНКИ ТА ГУМОРАЛЬНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТОЗУ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні відсутні переконливі дані про значення наявності супутньої неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), в тому числі, неалкогольного стеатогепатозу (НАСП) для оцінки серцево-судинного (СС) ризику у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) без порушень вуглеводного обміну та «морбідного» ожиріння.

Мета: Вивчити особливості змін структурно-функціонального стану судинної стінки та гуморального статусу організму у хворих на ГХ залежно від наявності супутнього НАСП та оцінити можливість їх використання для визначення важкості і прогнозу перебігу захворювання.

Матеріали і методи: Обстежено 170 хворих на ГХ II ст. – 98 (57,6%) жінок і 72 (42,4%) чоловіків (середній вік 49,3±0,5 роки). Середня тривалість АГ склала 8,9±0,4 р. Судинно-рухливу функцію ендотелію визначали за методикою D. Celermajer (1992 р.), товщину комплексу інтима медіа сонних артерій визначали за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) (апарат «Logiq» - 500 МО, лінійний датчик 6,5-13,0 МГц, США). Показник артеріальної жорсткості (АЖ) розраховували як відношення пульсового артеріального тиску (АТ) до ударного об'єму лівого шлуночка (ЛШ). Діагноз НАСП підтверджували після УЗД печінки та біохімічного тесту «FibroMax» (BioPredictive, Франція). Показники ліпідного спектру визначали спектрофотометричним методом. Рівень ліпопротеїну (а), С-реактивного протеїну, тумор-некротичного фактора α , інсуліну та адипонектину сироватки крові визначали методом імуноферментного аналізу. Статистичні розрахунки проводили на базі STATISTICA for Windows 12.0.

Результати: У хворих на ГХ II ст. частота виявлення НАЖХП прогресивно зростала при збільшенні індексу маси тіла, сягаючи 86,7% у хворих із ожирінням 2 ст. ($p<0,05$). У хворих із ГХ II ст. та супутньою НАЖХП достовірно ($p<0,05$) частіше порівняно з пацієнтами без НАЖХП спостерігались: артеріальна гіпертензія 3 ступеню – у 39,4 % проти 23,0 %; добовий профіль АТ «nondipper» – 56,9 % проти 37,5 %; підвищена варіабельність систолічного АТ, особливо в нічний період доби; діастолічна дисфункція ЛШ II типу – 50,5 % проти 23,0 %; зростання показника АЖ – 1,03 проти 0,89 та зниженням показника ендотеліальної дисфункції до 0,57 (0,37; 0,65) Од. У хворих на ГХ II ст. наявність супутньої НАЖХП супроводжувалось більш виразним проатерогенним зсувом ліпідного спектру, підвищенням рівня Лп(а), зростанням індексу НОМА, маркерів активності неспецифічного системного запалення та зниженням рівня адипонектину сироватки крові ($p<0,05$ порівняно з групою без НАЖХП).

Висновки: Таким чином, наявність супутньої НАЖХП у хворих на ГХ II стадії асоціюється із підвищенням СС ризику.

М.А. Громова

РОЛЬ ПЕРЕКРЕСТНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФРУКТОВО-ЛАТЕКСНОГО СИНДРОМА

Кафедра внутренней медицины №2

Ю.И. Жданюк (к.мед.н., доц.)

Донецкий национальный медицинский университет

г. Лиман, Украина

Актуальность: Число случаев латексной аллергии в современном мире значительно выросло, что объясняется многообразием и широким спектром применения изделий из полимерных материалов, содержащих латекс: это почти все резиновые изделия, медицинские перчатки, протезы, пустышки, презервативы, жевательные резинки и др.

Фруктово-латексный синдром - сочетание аллергии к латексу и некоторым овощам и фруктам (помидорам, бананам, дыне, киви, авокадо, персикам, картофелю и др.), а также к пыльце трав и деревьев. Этот синдром обуславливается антигенной общностью специфических белков - аллергенов латекса и некоторых пищевых белков (профилинов и прогеveiнов). В основе развития синдрома лежат Ig E-зависимые перекрестные реакции, возникающие при сенсибилизации к гомологичным молекулам в структуре латекса, овощей и фруктов, пыльце растений. Исследование сочетанной фруктово-латексной аллергии стало возможным только в последние годы в связи с развитием молекулярной аллергологии.

Цель исследования: Изучить молекулярный ассортимент латексных аллергенов и выделить ведущие молекулы, вызывающие перекрестные аллергические реакции у больных фруктово-латексным синдромом.

Материалы и методы исследования: Обследованы 13 больных (5 мужчин и 8 женщин), у которых длительно наблюдались симптомы пищевой аллергии: на картофель - 6 человек, помидоры – 3, сельдерей – 4 пациента. Диагноз подтверждался лабораторно - у всех обследованных определялись повышенные уровни специфических Ig E к указанным пищевым продуктам. Все пациенты отмечали аллергические реакции при контакте с латексными изделиями в виде аллергической крапивницы, контактного дерматита, у 3 отмечались симптомы аллергического ринита при встряхивании латексных перчаток. Наличие латексной аллергии подтверждалось аппликационным методом при фиксации фрагментов латексных изделий на коже предплечья в течении 24 часов. Для уточнения генеза аллергических реакций всем исследовали наличие специфических Ig E к аллергенным молекулам латекса методом "ImmunoCAP" в лаборатории "Доктор Редгер" (Германия).

Результаты: У всех больных определялись повышенные уровни (1-3 класс) Ig E к главным молекулам латекса Nev b 1, Nev b 3, Nev b 5. У больных с аллергией к картофелю также определялись Ig E высокого класса к молекулам Nev b 6.01, к помидорам – к Nev b 8, сельдерее – к Nev b 6.01 и Nev b 8.

Выводы: 1. Пищевая аллергия при фруктово-латексном синдроме развивается вследствие перекрестной сенсибилизации к молекулам белков профилинов и прогеveiнов, содержащихся в некоторых овощах и фруктах. 2. Перекрестное реагирование между латексом и картофелем реализуется через молекулу прогеveiна Nev b 6.01, латексом и помидорами – через молекулу профилина Nev b 8, латексом и сельдереем – через молекулы Nev b 6.01 и Nev b 8, относящиеся к обеим классам растительных белков. 3. Пациентам с латексной аллергией и

наличием фруктово-латексного синдрома возможно употребление в пищу помидоров после термической обработки (профилин - термолабильный белок), картофель и сельдерей из употребления исключить (прогеин относительно термостабилен).

Т.І. Гряділь, Т.І. Бенца

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА СУПУТНЬОМУ ОЖИРІННІ

Кафедра терапії та сімейної медицини

В.Ю. Плоскіна (к.мед.н., доц.)

ДВНЗ «УжНУ», Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки
м. Ужгород, Україна

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) 2 типу – це захворювання, що характеризується порушенням вуглеводного обміну в основі якого лежать: інсулінорезистентність (ІР) та секреторний дефект β-клітин, наслідками яких є діабетична ретинопатія, діабетична нефропатія, діабетична полінейропатія, та ін. На сьогоднішній день ожиріння набуло глобальної пандемії. Ожиріння є одним з факторів ризику розвитку ЦД 2 типу, серцево-судинних, та онкологічних захворювань. Метаболічно активна жирова тканина спричиняє розвиток ІР та усугубляє перебіг ЦД 2 типу.

Мета: Вивчити динаміку змін показників вуглеводного обміну та індексу маси тіла (ІМТ) у хворих на ЦД 2 типу та супутньому ожирінні до та після лікування.

Матеріали та методи: На базі Комунального Закладу «Ужгородської районної лікарні» було обстежено 26 пацієнтів з наявним ЦД 2 типу та супутнім ожирінням. Усім пацієнтам проводили загально-клінічні обстеження, розрахунок ІМТ, а також визначали рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c). В залежності від лікування всіх обстежених пацієнтів було поділено на 2 групи. До I-ої групи увійшло 11 пацієнтів, з яких 5 чоловіків та 6 жінок, які отримували метформін у дозі 850 мг 1 раз на добу. Середній вік хворих I-ої групи становив 50,15±6,91 років, чоловіків 48,61±6,72 років, та жінок 51,11±6,74 років відповідно. До складу II-ої групи увійшло 15 пацієнтів, з яких 8 чоловіків та 7 жінок, які отримували метформін у дозі 850 мг 1 раз на добу та ексенатид у дозі 10 мкг 2 рази на добу. Середній вік II-ої групи - 48,96±6,12 років, чоловіків 50,85±7,04 років, жінок 47,25±5,07 років. Контрольне обстеження лабораторних показників та ІМТ у даних хворих проводилось через 3 місяці.

Результати: На початку дослідження у пацієнтів I-ої групи рівень показнику HbA1c становив 8,7±0,5%, відповідно у чоловіків - 8,3±0,7%, у жінок - 9,1±0,6%, натомість у пацієнтів II-ої групи середній рівень показнику HbA1c становив 8,0±0,3%, у чоловіків - 7,9±0,2%, жінок - 8,1±0,5%. ІМТ в пацієнтів I-ої групи склав 33,8±2,3 кг/м² проти 30,1±1,4 кг/м² у II-ій групі (p<0,05).

Контрольне обстеження пацієнтів I-ої та II-ої групи виявило тенденцію до статистично достовірного зниження рівня показнику HbA1c (p<0,05). У чоловіків середній рівень показнику HbA1c досяг 7,1±1,6%, натомість у жінок середній рівень показнику HbA1c склав 8,4±1,2%. У II-ій групі рівень показнику HbA1c був статистично достовірно більшим у порівнянні з I-ою групою 7,8±0,4% і 7,3±0,2% відповідно (p<0,05). У пацієнтів II-ої групи рівень показнику HbA1c у чоловіків - 7,9±0,2%, жінок - 7,5±0,5%. ІМТ у пацієнтів I-ої групи склав 30,5±1,6 кг/м² проти 28,1±0,8 кг/м² у II-ій групі.

Висновки: При порівнянні лікування комбінації метформіну та ексенатиду у пацієнтів з ЦД 2 типу продемонструвало кращу корекційну здатність вуглеводного обміну та зниження ІМТ ніж монотерапія метформіном. Інкретиновий ефект ексенатиду являється природним механізмом у регуляції глікемії, тобто зменшує ризик розвитку гіпоглікемічних станів та побічних ефектів.

І.С. Гуренко

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ В ПОСТАНОВЦІ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології. Курс радіології

В.В. Ясько (к.мед.н.)

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

Актуальність: Синдром полікістозу (СПКЯ) яєчників відносять до широко розповсюдженої патології, та за різними даними виявляють у 5-10% жінок репродуктивного віку та у 20-25% пацієнток з безплідністю; у 25-37% випадків у жінок із СПКЯ вагітність завершується спонтанним викиднем(2011 р.), причому в останні роки відзначається тенденція до збільшення частоти цього захворювання. Як один з критеріїв діагностики даної патології є УЗД, причому при використанні сучасних 3D /4D технології, окрім звичайного 2D, дозволяє отримати додаткову інформацію та розширити діагностичні можливості для вивчення змін зовнішнього виду та внутрішньої структури яєчників при даному паралогічному станні.

Мета: розглянути роль ультра звукової діагностики, як один з критеріїв, що були прийняті 2003 році

Консенсусом європейських експертів в Роттердамі, коли у пацієнтки присутні хоча б два (із трьох) пункти при відсутності інших причин, які можуть давати схожу клінічну картину.

Матеріали та методи: Теоретичний аналіз наукової та методичної літератури.

Результати: Своєчасна діагностика СПКЯ надзвичайно важлива, адже у жінок, що страждають даною патологією є ризик розвитку таких захворювань як: депресивні розлади, метаболічні порушення(ризик атеросклерозу, інсульту, цукрового діабету 2 типу), гіперкоагуляції (ризик венозних тромбоемболій), безплідність.

Висновок: Ультразвукова діагностика як один з швидких, безпечних та недороговартісних критеріїв постановки СПКЯ є першим методом, що використовують гінекологи.

Ю.А. Гушинець, Д.А. Олексієвець

ТРАВМАТИЗАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ СТИБУНІВ У ВОДУ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Стрибки у воду - це яскравий та динамічний вид спорту, в якому проявляються досягнення спортсменів в мистецтві керувати складно-координаційними рухами. Вони відрізняються постійним підвищенням психологічним фоном, пов'язаним з ризиком виконання складних вправ. Виконання стрибків здійснюється в умовах підвищеного ризику, що вимагає від спортсмена прояву великих вольових зусиль з нейтралізації стресових і травмонебезпечних ситуацій. Необхідно відмітити, що стрибок в воду не настільки безпечний, як може здатися з боку, адже удар тіла об воду, що впало з п'ятиметрової висоти може привести до трагічних наслідків.

Мета: Оцінити особливості травматизму спортсменів стрибунів у воду

Матеріали та методи: Для поставленої мети ми виконали порівняльний аналіз травм та класифікацію, а також проаналізували дані статистичного спостереження виникнення травматизму у спортсменів стрибунів у воду.

Результати: На травми опорно-рухового апарату у стрибунів у воду припадає майже 67,35% всієї патології. У стрибунів у воду досить часто уражається поперековий відділ хребта (20,65%), потім слідує плечовий, променево-зап'ястний суглоби та кисть. Патологія колінного суглоба становить 16,30%. Найбільш частими є пошкодження зв'язкового апарату типу дісторзій і хронічних перенапруг в області променево-зап'ястного, плечового, рідше колінного і значно частіше гомілково-стопневого суглобів. Травми менісків і хрестоподібних зв'язок колінного суглоба складають порівняно невеликий відсоток. На частку важких травм опорно-рухового апарату - переломів довгих трубчастих кісток - доводиться 9,78%. Заслужує на увагу велика кількість ушкоджень м'язів області стегна, поперекового відділу і плечового пояса.

Висновки: Проведене дослідження дає змогу стверджувати, що такий вид спорту як стрибки у воду є достатньо травматичним, але для попередження виникнення травматизму необхідно тренувати спеціальні фізичні якості спортсмена, а саме: необхідно володіти високим рівнем розвитку спеціальних силових, швидкісно-силових якостей, гнучкістю та точністю координації рухів.

С.В. Давіденко, М.Р. Гучок, О.В. Боечко

ОЦІНКА ВПЛИВУ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗЕВИХ ІН'ЄКЦІЙ У ВЕРХНІЙ ЗОВНІШНІЙ КВАДРАНТ СІДНИЦІ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ГРУШОПОДІБНОГО М'ЯЗА

Кафедра внутрішньої медицини №2

Ю.К. Откаленко (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром грушоподібного м'яза (СГМ) – це один із найбільш поширених різновидів тунельного синдрому. Основним клінічним проявом СГМ є виражена ішіалгія сідничного нерва у підгрушоподібному просторі і патологічний спазм грушоподібного м'яза, однією з причин якого є неправильне введення ін'єкцій у верхній зовнішній квадрант сідниці.

Мета: виявити симптоми та ознаки СГМ у пацієнтів різних відділень Вінницької міської клінічної лікарні №1.

Матеріали та методи: для дослідження було відібрано 64 хворих із ознаками синдрому грушоподібного м'яза. У 15(9,6%) пацієнтів розвиток СГМ пов'язаний із килою міжхребцевого диска, у 7(4,48%) – з дисфункцією крижово-клубового зчленування, у 2(1,28%) – з бурситом великого вертлюга стегнової кістки. А 40 (25,6%) пацієнтів запевнили, що даний синдром виник на фоні неадекватних внутрішньом'язових ін'єкцій у верхній зовнішній квадрант сідниці. Вік пацієнтів складав від 32 до 70 років. Середній вік – 51±5 рік. Хворим, які пов'язують виникнення СГМ внаслідок помилкового введення ін'єкцій у верхній зовнішній квадрант сідниці, було проведено перевірку клінічних симптомів СГМ. Болючість при пальпації у ділянці крижово-куприкового зчленування, великої сідничої вирізки і грушоподібного м'яза виявлено у 95% (38 пацієнтів), болючий,

спазмований грушоподібний м'яз – у 95% (38 пацієнтів), тракція однойменної кінцівки помірно зменшує біль – у 75% (30 пацієнтів), м'язова слабкість однойменно кінцівки – у 50% (20 пацієнтів), позитивний симптом грушоподібний м'яз – у 100% (40 пацієнтів), позитивний симптом Лассега – у 100% (40 пацієнтів), позитивний симптом Фрайберга – у 100% (40 пацієнтів), позитивний симптом Пейса (ЗАВР-тесту – згинання, аддукція, внутрішня ротація) – у 100% (40 пацієнтів), позитивний симптом Беатті – у 100% (40 пацієнтів), обмежена медіальна ротація однойменної кінцівки – у 75% (30 пацієнтів), вкорочена нога на боці ураження – у 10% (4 пацієнта).

Висновки: У пацієнтів різних відділеннях Вінницької міської клінічної лікарні №1 за період 01.09.2016 – 31.01.2017 були виявлені симптоми та ознаки синдрому грушоподібного м'яза – 64 пацієнта. У більшості хворих СГМ виник на фоні помилкового введення ін'єкцій у верхній зовнішній квадрант сідниці – 40 пацієнтів. У пацієнтів, яким було змінено місце ін'єкцій, швидко минули клінічні прояви СГМ.

Т.Д. Данілевич

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЧАСТИХ РЕЦИДИВІВ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кафедра внутрішньої медицини №3

В.П. Іванов (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Фібриляція передсердь (ФП) може розвиватися при багатьох серцево-судинних захворювань. Однак в клінічній практиці найбільш часто зустрічається поєднання ФП та гіпертонічної хвороби (ГХ).

Мета: Визначення факторів ризику виникнення частих рецидивів ФП у хворих на гіпертонічну хворобу.

Матеріали і методи: Обстежено 146 пацієнтів із ГХ II стадії I-II ступеня з часто рецидивуючою ФП віком від 32 до 79 (середній вік 60,14±0,73) років. Із них 66 (45,2 %) пацієнтів були чоловічої статі. Основна група розподілялася в залежності від форми аритмії: пароксизмальна (n=20) 14% та персистуюча (n=126) 86%. Крім того, основна група була розподілена за вегетативним варіантом за Coumel: адренергічна (n=73) 50%, вагусна (n=30) 21%, змішана (n=43) 29% форми ФП. В якості груп порівняння по відношенню до основної групи були: група відносно здорових людей (n=20) віком від 32 до 51 (в середньому – 41,6±1,7 років). Із них 8 (40,0%) пацієнтів були чоловічої статі. А також група пацієнтів з ГХ без ФП (n=20) віком від 35 до 70 років (в середньому – 52,4 ±1,5 років). Із них 7 (35%) були чоловічої статі.

Результати: Варіаційний аналіз рівня альдостерону (А) (пг/мл) у хворих із ГХ II стадії (n=71) свідчив, що мінімальне значення показника – 22,7 і максимальне – 469,9; середнє значення - 139,2±6,9; медіана – 113 і інтерквартильний розмах – 76 і 184. Згідно цього розподілу було виділено 3 градації відповідно до рівня альдостерону:

Відносно низький рівень показника (ВН рА) - ≤ 76 пг/мл

Відносно помірний рівень (ВП рА) – 77 – 183 пг/мл

Відносно високий рівень показника (ВВ рА) - ≥ 184 пг/мл

Встановлено, що рівень А у групі хворих на ГХ без ФП та у групі хворих на ГХ та пароксизмальну ФП був достовірно вищим в порівнянні з групою практично здорових осіб 79 (54; 95) та 78 (66; 86) проти 43 (30; 48) пг/мл відповідно; $p=0.03$ та $p=0.01$ відповідно. При ГХ та персистуючій формі ФП рівень А достовірно вищий в порівнянні з групою практично здорових осіб, групою ГХ без ФП та групою ГХ та пароксизмальна ФП 140 (89; 215) проти 43 (30; 48), 79 (54; 95) та 78 (66; 86) пг/мл відповідно; $p<0.0001$, <0.0001 та $p=0.0003$ відповідно.

Рівень А був асоційований з характером перебігу АГ. Так у хворих з неконтрольованим перебігом ГХ був достовірно вищим в порівнянні з пацієнтами, які мали контрольований перебіг ГХ 243 (207; 290) проти 65 (49; 76) пг/мл, $p<0,0001$. А у пацієнтів з ВНрА та ВПрА достовірно частіше реєстрували контрольований перебіг захворювання, в порівнянні з пацієнтами з ВВрА (63,6% та 69,2% проти 43,5% відповідно; $p=0,04$ та $p=0,007$ відповідно).

Розподіл рівня А при відсутності ФП свідчив, що 50% пацієнтів мали ВНрА та 50% з ВПрА ($p<0,001$). Крім того, розподіл рівня А при пароксизмальній формі ФП свідчив, що у 80% пацієнтів був ВНрА та у 20% пацієнтів - ВПрА ($p=0,11$ та $p<0,0001$). Натомість при персистуючій формі відмічалася тенденція до збільшення кількості ВВрА та зменшення ВПрА ($p<0,06$ та $p=0,01$).

У хворих з ВН рА достовірно частіше визначалася вагусна форма ФП (66,67% проти 3,33% у хворих з ВВрА; $p<0,0001$) та зменшення адренергічної форми ФП (21,9% проти 40,5 у хворих з ВП рА та 70,6% у хворих з ВВ рА; $p=0,006$ та $p=0,04$ відповідно).

Також нами знайдена асоціація між рівнем альдостерону та тривалістю перебігу ГХ та ФП. Так у хворих з ВВрА стаж ГХ був тривалішим в порівнянні з хворими з ВПрА (13 (9; 20) проти 7 (3; 15); 0,02. А також у хворих з ВВрА стаж ФП був тривалішим, ніж у хворих з ВНрА та ВПрА (5 (2;8) проти 3 (1; 6) та 5 (2;8) відповідно; $p=0.003$ та 0.04 відповідно).

Крім того, хворі з ВВрА достовірно частіше хворіли на цукровий діабет, ніж хворі з ВНрА та ВПрА (23,9% проти 5,5% та 7,7% відповідно; $p=0,008$ та $p=0,02$ відповідно).

Нами були визначені фактори ризику частого персистування ФП у хворих із ГХ ($p < 0,05$):
Рівень альдостерону в пг/мл. Сила впливу - 42,8%. Критична величина > 140 пг/мл.
Неконтрольований перебіг АГ, бали (1; 0). Сила впливу 18,7%. Критична величина 1.
Наявність асоціації метаболічних порушень ($\text{ЦД} + \text{ІМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$), бали (1; 0). Сила впливу 10,7%. Критична величина 1.
Величина ШКФ в мл/хв/1,73 м², розрахованої за формулою СКД-ЕРІ. Сила впливу 7,4 %. Критична величина < 58 .
Кількість епізодів парної і групової суправентрикулярної екстрасистолії упродовж доби за даними ХМ ЕКГ. Сила впливу 8,1%. Критична величина > 42 .
Співвідношення ЛП/КДР ха даними ЕхоКГ. Сила впливу 11,4%. Критична величина $> 0,85$.
Висновки: Наявність ГХ асоційована з більш високим рівнем альдостерону. Рівень альдостерону асоційований з перебігом аритмії і є вищим при персистуючій формі ФП і найменшим при відсутності аритмії. Рівень альдостерону асоціюється з вегетативним варіантом аритмії і є вищим при адренергічній формі ФП та найнижчим при вагусній формі ФП. Предикторами частих рецидивів ФП у хворих із ГХ є: рівень альдостерону, неконтрольований перебіг АГ, наявність асоціації метаболічних порушень ($\text{ЦД} + \text{ІМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$), величини ШКФ, епізоди парної та групової суправентрикулярної екстрасистолії за даними ХМ ЕКГ, співвідношення ЛП/КДР ха даними ЕхоКГ.

Я.М. Демчишин, Д.С. Верхоланцев

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ТРОМБОЦИТОПЕНІЮ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЮ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НCV-ЕтіОЛОГІЇ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Л.В. Мороз (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, в Україні до 8% населення є інфікованим НCV, що в майбутньому може призвести до низки ускладнень, зокрема цирозу печінки та тромбоцитопенії (ТП). Багато аспектів патогенезу ТП є до кінця не вивченими. З одного боку – ТП є позапечінковим проявом НCV (Teran J.C., Mullen K.D., 2000), що призводить до зменшення вироблення тромбопоєтину (ТПО), зниження його активності, зниження функціональної активності гепатоцитів, дефект рецепторів ТПО, продукція антитіл до мембранних рецепторів тромбоцитів, ураження мегакаріоцитів у червоному кістковому мозку НCV, спленомегалія є основними причинами розвитку ТП у хворих на цироз печінки НCV-етіології (Fujii H., Kitada T., 2003; Д.В. Донцов, 2014). З іншого - сучасна протівірусна терапія у хворих із цирозом печінки НCV-етіології (за даними різних авторів) в 4-19% призводить до виникнення тромбоцитопенії (Chia L.W., Kalkur P.V., 2009). Варто зазначити, що розробка нових методів корекції ТП є важливим та актуальним питанням сьогодні, оскільки ТП, у комплексі із іншими факторами, прогресивно впливає на рівень життя хворих на цироз печінки НCV-етіології.

Мета: визначити особливості впливу комбінованої протівірусної терапії на функціональний стан печінки та рівень тромбоцитів; оцінити методи корекції ТП.

Об'єкт дослідження: ТП у хворих на цироз печінки НCV-етіології.

Методи дослідження: загальноклінічні, ультразвукові, лабораторні, статистичні.

Результати: було обстежено 7 пацієнтів із цирозом печінки НCV-етіології та ТП, з них – 57,1% жінки та 42,9% чоловіки. Середній вік обстежених пацієнтів становив, відповідно, $57,85 \pm 9,32$ років. У 100% обстежених хворих діагноз цирозу печінки встановлювався на основі клінічних даних та результатів інструментальних методів обстеження, а саме УЗД та ФГДС. У 100% було виявлено ТП важкого ступеня, відповідно критеріїв ВООЗ ($53,28 \pm 8,79 \times 10^9/\text{л}$). У 57,1 % хворих був визначений 1 генотип НCV, у 14,2% – 2 генотип НCV, у 28,7% – 3 генотип НCV.

Висновки: Найвищий ризик розвитку ТП є у хворих із реплікативною фазою захворювання. Застосування комбінованої протівірусної терапії (КПТ) у хворих із НCV-інфекцією викликає розвиток інтерферон-індукованої ТП чи спричиняє прогресування наявної ТП, при чому ступінь вираженості ТП у хворих на цироз печінки НCV-етіології визначається низкою факторів: як безпосередньою дією НCV, так і індивідуальними характеристиками пацієнта. Корекція ТП повинна проводитись із урахуванням КТ-, УЗД-волюмометрії селезінки.

Д.В. Діденко

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА СТАБІЛЬНА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ: ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ.

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.

Л.В. Распутіна (д.мед.н.,проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічна хвороба серця (ІХС) є захворюваннями з високим ступенем коморбідності, особливо серед пацієнтів старших вікових груп.

Мета роботи: Підвищити ефективність діагностики пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ІХС.

Матеріали та методи: Проведено обстеження 133 пацієнтів із стабільною ІХС для виявлення ХОЗЛ. Також обстежені пацієнти 3 груп: I група – хворі на ІХС та ХОЗЛ, n=80, середній вік (65,6±0,9) років, II група – хворі на ХОЗЛ, n=50, середній вік (60±1,2) років, III група – хворі на стабільну ІХС, n=75, середній вік (58,2±1) років. Всім пацієнтам проведено анкетування за оригінальною анкетною для діагностики ХОЗЛ, шкалою тяжкості задишки медичної дослідницької ради (мМДР), тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ), оцінка якості життя (ЯЖ) за MOS SF36.

Результати та обговорення: Встановлено, що 36 (27%) хворих на стабільну ІХС мають недиагностований ХОЗЛ, а саме групу А – 9 (25%) хворих, групу В – 17 (47,2%), групу С – 2 (5,6%), групу Д – 8 (22,2%). Анкетування за мМДР та ТОХ не виявляє достовірної різниці серед пацієнтів з ХОЗЛ та ІХС або ізольованим ХОЗЛ - середній бал мМДР склав 1,93±0,07 та 1,9±0,14 (p=0,52); ТОХ – 18,9±0,7 балів та 20,7±бали відповідно (p=0,15). При аналізі ЯЖ встановлено, що хворі на ХОЗЛ та ІХС мають негативні зміни фізичного статусу, що склав лише 36,9 балів, психічного статусу – 30,8 балів та загального статусу – 58,7 балів із 100 можливих, різниця з групами II та III достовірна.

Висновки: Серед пацієнтів на ІХС недиагностований ХОЗЛ виявлено у 36 (27%). У пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та ІХС відмічається достовірне зниження всіх показників ЯЖ.

В.Ю. Дорожинська

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СТАН АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОМОРБІДНОГО КИСЛОТОНЕЗЛЕЖНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними різних авторів сьогодні констатується від 12 % до 60 % пацієнтів з поєднанням патології серцево-судинної системи (ССС) та шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що доволі часто має взаємообтяжуючий характер та перебіг.

Мета: Оцінити якість життя та стан автономної нервової системи у хворих на неускладнену артеріальну гіпертензію (АГ) в залежності від наявності супутнього кислото залежного захворювання(КЗЗ) шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Матеріали і методи: Обстежено 130 хворих, 63 (49,5%) чоловіка та 67 (50,5%) жінки, середній вік 43,2±3,4 роки. Діагноз гіпертонічної хвороби (ГХ)II стадії встановлений у 108 хворих, у 95 діагностовано наявність кислото-залежного захворювання. Діагноз ГХ встановлювали за рекомендаціями Української Асоціації Кардіологів (УАК)(2013)..Діагноз КЗЗ виставлювали після ретельного обстеження хворих з обов'язковим проведенням фіброгастроуденоскопії (ФГДС), за загальноприйнятими критеріями. Хворі, які прийняли участь в дослідженні були розподілені на 5 груп:1 склали 23 хворих на ГХ II ст. +гастроєзофагеальна рефлексна хвороба (ГЕРХ), 2- 18 хворих з ГХ II ст.+ функціональна диспепсія (ФД), 3- 32 пацієнти з пептичною виразкою (ПВ) шлунка або 12-палої кишки(ПВШ або ППДПК), 4 – 35 хворих ГХ II ст. без супутньої патології ШКТ, 5- 22 пацієнти з КЗЗ ШКТ без супутньоїГХ. Якість життя (ЯЖ) оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 HealthStatusSurvey. Наявність вегетативної дисфункції (ВД) та ступінь її важкості визначали за допомогою опитувальника Вейна А.М. (1998). Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою програм STATISTICAforWindows 10.0.

Результати: Найбільше зниження показників ЯЖ (переважно за рахунок інтенсивності болю, життєвої активності та психологічного компоненту здоров'я) спостерігалось в групі хворих з коморбідністю ГХ та ПВ. Ступінь ВД відповідав важкому та дорівнював 49,4±2,6 балів (p<0,05 порівняно з іншими групами хворих). У групі хворих з ГЕРХ+ГХ превалювало зниження показників ЯЖ за рахунок фізичного функціонування, впливу емоційного стану на рольове функціонування. Ступінь ВД в групі хворих коливався в межах 41,8±2,7, що відповідає середньому ступеню ВД. У пацієнтів з коморбідною патологією ФД+ГХ показники ЯЖ були знижені за рахунок показників психічного здоров'я і психологічного компоненту здоров'я а також впливу емоційного стану на рольове функціонування. Стан ВД в даній групі був середнього ступеня і склав

39,2±2,2. У хворих на АГ без КЗЗ показники ЯЖ знижені переважно за рахунок показників психічного здоров'я, фізичного функціонування, впливу емоційного стану на рольове функціонування та інтегральний показник - психологічний компонент здоров'я. Крім того, в групі хворих з ГХ II стадії без супутніх захворювань ШКТ визначено наявність вегетативної дисфункції (ВД): середній бал -35,1±1,8, що можна трактувати як середній ступінь ВД. В групі пацієнтів з КЗЗ ШКТ ЯЖ без коморбідної ГХ ЯЖ знижувалась переважно за рахунок інтенсивності болю, життєвої активності та психологічного компоненту здоров'я. Середній бал ВД склав 34,6±2,4, що відповідає середньому ступеню ВД.

Висновки: У хворих з АГ та асоційованими КЗЗШКТ в різних групах хворих визначені найвищий ступінь ВД та більш суттєве зниження ЯЖ, порівняно з групами хворих без коморбідності. Такі дані свідчать про взаємообтяжуючий вплив наявних у одного хворого АГ та КЗЗ.

І. І. Дубінець, Т. А. Стаднік

ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ У ПАЦІЄНТІВ З ВУГРОВОЮ ХВОРОБОЮ Кафедра шкірних та венеричних хвороб Г.А. Ситнік (ас.)

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

Актуальність: Вугрова хвороба є одним із найпоширеніших хронічних захворювань шкіри. Згідно епідеміологічних досліджень акне діагностують у 60-80% осіб підліткового та юнацького віку. Лікування вугрової хвороби є довготривалим і після лікування на обличчі залишаються пігментовані плями, рубці, а в боротьбі з наявними відкритими та закритими комедонами традиційна медикаментозна терапія малоефективна.

Мета: Проаналізувати якими косметичними засобами користуються студенти ВНМУ з вугровою хворобою по догляду за шкірою, а також дослідити які саме і на скільки ефективні процедури по догляду за шкірою з акне та постакне у лікаря-дерматокосметолога.

Матеріали та методи: Було обстежено 10 студентів ВНМУ з вугровою хворобою легкого перебігу. Всі 10 обстежуваних ніколи не ходили до лікаря-дерматокосметолога на консультацію. 5 пацієнтів користуються засобами по догляду за шкірою, про які вони дізналися з інтернету або у консультанта в магазині, а інші 5 взагалі ніякими засобами не користуються. На першому етапі на шкіру наносили препарати різних складів для очищення шкіри в залежності від її типу. Після очищення та фітопілінга наносили гель для холодного розпарювання і проводили чистку обличчя за допомогою ультразвуку та механічно за допомогою ложечки Уно, видаляючи комедони. На кінцевому етапі протирали шкіру хлоргікседином і наносили маску для звуження пор. По завершенню використовували процедуру дарсонвізації.

Результати: Після проведених процедур у пацієнтів спостерігалось зменшення гіперемії, вирівнювався колір обличчя, очищувалися та звужувалися пори, покращувалась мікроциркуляція, вирівнювався рельєф шкіри. Після проведення всіх етапів класичної чистки обличчя всім пацієнтам були надані рекомендації по подальшому догляду за обличчям.

Висновки: Лікування вугрової хвороби має бути комплексним. Незалежно від причин появи акне, необхідно впливати на зовнішні прояви, сучасна косметологія пропонує масу способів швидких і безпечних процедур по догляду за шкірою з акне. Таким чином, класична чистка обличчя є ефективним методом для усунення зовнішніх проявів проблем шкіри, яка в комплексному лікуванні дає стійкий результат.

В. Жакотэ, А. Греждиеру, О. Бьрка, М. Ротару, Р. Ридкодубский

ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Департамент внутренних болезней, дисциплина «Кардиология», Медицинская клиника № 3

С. Филимон (к.мед.н., доц.), Л.Ф. Гриб (д.мед.н., проф..)

Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану»

г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность темы. Диастолическая сердечная недостаточность (ДСН) - это СН с нормальной или незначительно сниженной сократительной функцией левого желудочка (ЛЖ), с выраженным нарушением диастолического расслабления и наполнения, которая встречается у 20-30% больных с клиническими признаками сердечной декомпенсации и ответственна за 50% госпитализаций. ДСН развивается при артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), перикардите и других заболеваниях.

Материалы и методы. Обследованы клинически и параклинически 70 пациентов с ДСН, 54% мужчин и 46% женщин, средний возраст 61±10,6 лет.

Результаты. Пациенты с ДСН были распределены на 4 группы, в зависимости от преобладающих заболеваний, АГ - 47%, ИБС - 37%, ГКМП - 11% и перикардиты в 5% случаях. Из факторов риска преобладали дислипидемии в 60%, ожирение в 39%, сахарный диабет у 24% больных. Клинически выявлены одышка у 91%, загрудинная боль в 71%, выраженная слабость в 89%, сердцебиения в 43% и отеки у 27% пациентов.

Гипертрофия ЛЖ выявлена в 19%, гипертрофия МЖП в 41%, фракция выброса умеренно снижена у 23%, снижение амплитуды пика E – 64.35; увеличение высоты пика A – 45.78; отношение E/A – 1,07, отношение E/e¹ – 11. Лечение проводилось с ингибиторами АПФ – 67%, блокаторами рецепторов ангиотензина II – 16%, β-блокаторами – 74%, нитратами – 34% и диуретиками – 56%.

Заключення. В результат нашого дослідження виявлено, що частота диастолічної серцевої недостаточності збільшується з віком у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця та гіпертрофічною кардіоміопатією, в поєднанні з цукровим діабетом та порушеннями ритму, на фоні нормальної або помірно зниженої скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка, що диктує необхідність виявлення додаткових ехокардіографічних коефіцієнтів.

Н.В. Жебель

ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ АПОЛІПОПРОТЕЇНУ E ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ДИСЛІПІДЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини №1

В.К. Серкова (д.мед.н.,проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серцево-судинні захворювання є причиною смерті більш як 4 мільйонів людей у Європі щороку, саме тому питання підвищення ефективності профілактики та раннього виявлення факторів ризику їхнього розвитку, таких як дисліпідемія та артеріальна гіпертензія (АГ), є досить важливим. З цього погляду, значну увагу привертає плазмова концентрація аполіпопротеїну E (Апо E) як важливого компонента більшості ліпопротеїдів, який бере участь у транспорті холестеролу на судинно-тканьовому рівні саме у хворих з есенціальною гіпертензією (ЕГ). Подібні дослідження є поодинокими, а в популяції мешканців Подільського регіону України раніше не проводились.

Мета: Покращити діагностику та прогнозування проатерогенних зсувів у хворих на ЕГ на підставі визначення змін концентрації Апо E.

Матеріали і методи: Було обстежено 50 чоловіків із неускладненою ЕГ II стадії та з СН 0-I функціональний клас (ФК) (за NYHA) і артеріальною гіпертензією (АГ) I-III ступенів, середній вік - 49,46±0,8 років (I група). Серед пацієнтів із неускладненою ЕГ 42% мали АГ I ступеню і 58% АГ II-III ступеню. До контрольної групи дослідження увійшло 70 чоловіків без вказівок на наявність серцево-судинної патології, середній вік – 48,8±0,77 років. Визначення рівнів аполіпопротеїну E проводилось за допомогою імуно-ферментного аналізатора Stat Fax 3000. Усім пацієнтам були проведені загальні лабораторні дослідження та визначено спектр плазмових ліпідів, ЕКГ, УЗД-серця.

Результати: Середні значення плазмової концентрації аполіпопротеїну E у пацієнтів із есенціальною гіпертензією (64,96±3,96 ммоль/л) були достовірно вищими, ніж у групі контролю (43,45±3,56 ммоль/л), (p<0,01). Проте різниці у плазмовій концентрації аполіпопротеїну E у пацієнтів залежно від ступеню АГ відзначено не було (p>0,05). Можливо, висока концентрація аполіпопротеїну E є з одного боку одним із факторів, що сприяє формуванню у обстежених хворих з ЕГ проатерогенної дисліпідемії - II клас за Фрідеріксоном, а з іншого відіграє роль прогностичного чинника у відношенні майбутніх змін у спектрі плазмових ліпідів. Останнє вимагає подальших досліджень.

Висновки: Концентрація Апо E у чоловіків з ЕГ вища, ніж у осіб без серцево-судинної патології і потенційно може розглядатись в якості прогностичного фактору розвитку проатерогенних зсувів при згаданій хворобі.

Х.І. Замніфіст

ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В загальній популяції, найпоширенішим хронічним порушенням серцевого ритму є фібриляція передсердь (ФП). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно зростає захворюваність на ФП, у жінок ФП розвивається у 1,5 разів частіше, ніж у чоловіків. Більша тривалість жіночого життя пояснюється тим, що жінки становлять трохи більше половини абсолютного числа пацієнтів з ФП.

Мета: Виявити особливості клінічного перебігу серед чоловіків та жінок і дослідити якість життя хворих із ФП.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося в Науково-дослідницькому інституті реабілітації інвалідів та у кардіологічному відділенні №1 міської клінічної лікарні №1. У дослідження включені 42 хворих на ФП, із них 21 жінка (50%) та 21 чоловік (50%). Середній вік хворих складав 65 роки. Об'єм обстеження включав ретельний збір анамнезу: з'ясування часу першого епізоду, визначення тривалості та провокуючих факторів, уточнення наявності і характеристики симптомів; час виявлення безсимптомної ФП; визначення частоти виникнення; збір «серцевого» анамнезу, опитувальник SF-36 (аналіз якості життя та емоційного

стану), фізикальне обстеження, аналіз ЕКГ.

Результати: У віці 55 років розвивається ФП у чоловіків, а у жінок, на 13 років пізніше за чоловіків – у віці 68 років. Більшість хворих, на момент дослідження мали постійну форму ФП, як в групі чоловіків, так і в групі жінок, (23 хворих із постійною формою (54%), 13 пацієнтів з персистуючою формою (33%) та, відповідно, 6 із пароксизмальною (13%). Чоловіки легше переносять ФП і пред'являють менше скарг, у порівнянні з жінками. Пацієнти з постійною формою ФП, а це 30% хворих, не пред'являють скарг. Більше половини усіх жінок відзначали емоційні стреси, а практично половина чоловіків – фізичні навантаження та шкідливі звички. За результатами опитування якості життя хворих чоловічої та жіночої статі за допомогою SF-36, вияснилось, що жінки повідомляли, в цілому, про гіршу, з емоційної точки зору, якість життя. За шкалою «Рольове фізичне функціонування» були зареєстровані найбільш низькі значення якості життя, як в групі жінок, так і в групі чоловіків, отримали оцінку 4 із 8 можливих, відповідно, 65% серед усіх жінок та 35% серед усіх чоловіків. Слід відзначити, що за шкалою «Психологічне здоров'я», більшість пацієнтів (78%) мають задовільні оцінки. Окрім цього, необхідно сказати, що у 45% жінок із ФП біль та неприємні відчуття, не впливають на емоційний стан під час дозвілля із сім'єю та близькими. За шкалою «Загальне здоров'я» оптимістичний настрій та гарні оцінки більш притаманні чоловікам.

Висновки: В середньому на 6-7 років пізніше, фібриляція передсердь розвивається у жінок, і характеризується більш яскравими клінічними проявами: по суб'єктивній оцінці хворих, – гіршою переносимістю аритмії та більшою поширеністю тахісistolічного варіанту ніж у чоловіків. Отримані дані вказують на те, що чоловіки, які страждають фібриляцією передсердь, в цілому оцінюють свою якість життя краще, ніж жінки.

О.В. Зінченко

ВИЯВЛЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА СНІД

Кафедра фізйатрії з курсом клінічної імунології та алергології

М.А. Тхоровський (к.мед.н, ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.мені І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність теми: Туберкульоз і ВІЛ-інфекція/СНІД є глобальною проблемою системи громадської охорони здоров'я. Туберкульоз є головною причиною смерті людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, а ВІЛ – найважливіший чинник, що зумовлює розвиток епідемії туберкульозу в країнах з високою поширеністю ВІЛ-інфекції.

Актуальною ця проблема на сьогодні є і в Україні, де відзначаються високі темпи поширення обох захворювань і, як наслідок, зростання захворюваності на ко-інфекцію за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), третя частина населення планети (близько 1,9 млрд осіб) інфікована мікобактерією туберкульозу (МБТ), з них близько 60 млн хворих на туберкульоз. Щорічно на планеті виявляють 8-9 млн осіб, які вперше захворіли на туберкульоз, у тому числі 4-4,5 млн. з бактеріовиділенням, а помирає від нього більше 2 млн. осіб (що становить понад 5 тис. чоловік щодня).

Мета: вивчити особливості протікання туберкульозної інфекції у ВІЛ-інфікованих та хворих СНІДом.

Матеріали та методи: Взято на опрацювання 60 історій хвороби (за 2016 рік) на базі Вінницького обласного протитуберкульозного диспансеру.

Результати: Серед контингенту хворих на туберкульоз, який поєднаний з ВІЛ-інфекцією, переважають особи чоловічої статі (66.7%), жінки (33.3%) у віці 18—40 років (73,4%), безробітні (98%), наркомани (10%), та особи, що раніше перебували в місцях позбавлення волі (8,3%). Туберкульоз діагностовано при самозверненні (55%), при проведенні проф. оглядів (8.3%). Пацієнти, які мали туб. контакт (13.3%). Приймають АРТ-терапію (23.8%) У хворих на туберкульоз ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних пацієнтів переважає вторинно діагностований туберкульоз (ВДТБ). У хворих на СНІД зростає частота дисемінованої форми туберкульозу.

У ВІЛ-негативних пацієнтів першими виникають респіраторні симптоми і пізніше (1—3 місяці) приєднуються симптоми інтоксикації. У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД раніше виникають симптоми інтоксикації, які тривають понад 5 місяців, а респіраторні симптоми приєднуються пізніше і тривають не більше 3 місяців до моменту встановлення діагнозу туберкульозу.

Висновки: Перебіг ТБ залежить від стадії ВІЛ-інфекції, своєчасної діагностики, адекватної терапії ТБ, своєчасного призначення високоактивної АРВТ. Зростання кількості ВІЛ-інфікованих серед контингентів протитуберкульозних закладів вимагає від медичного персоналу суворого дотримання протиепідемічних заходів відносно як туберкульозу, так і ВІЛ-інфекції.

К.Ю. Зубчук
СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ МНОЖИННОЇ МІЄЛОМИ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Д.А. Лисенко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Множинна мієлома (ММ) залишається однією з найзагрозливіших за проявами і прогнозом онкогематологічною патологією. Не зважаючи на досягнутий прогрес в діагностиці та лікуванні ММ у пацієнтів з часом розвивається ураження нирок та інфекційних ускладнень, що призводять до смерті. Лише за останні 10 років з появою нових схем терапії із застосуванням бартозомібу та талідоміду дещо покращився прогноз у хворих на ММ, зросла тривалість життя та значно зменшились прояви хвороби.

Мета дослідження: оцінити результати лікування хворих на ММ із застосуванням бартозомібу у порівнянні із іншими схемами цитостатичної терапії.

Матеріали і методи: Проведений аналіз комплексного лікування 21 хворого на ММ (14 первинних хворих та 7 – тих, що лікувались повторно) із застосуванням бартозомібу в стандартних дозах, рекомендованих протоколом МОЗ України. Проведено порівняння результатів терапії із даними 20 хворих, що отримували хіміотерапії без бартозомібу.

Результати: Із 21 пацієнтів, що отримували бартозоміб 18 мали різні ступені клініко-гематологічної відповіді. У 3 пацієнтів зафіксована резистентність до застосованої терапії. З 18 пацієнтів, що мали відповідь лише у 2 встановлена повна ремісія, у 12 – стійке клініко-гематологічне покращення та неповна ремісія, а у 4 – часткове покращення. Порівнюючи отримані дані із результатами терапії без бартозомібу відмітимо, що серед 20 хворих не було зафіксовано жодного випадку повної ремісії, у 3 – спостерігалась часткова ремісія, а у більшості пацієнтів - 13 – зафіксовано часткову відповідь, у 4 встановлена резистентність до терапії.

Висновки: Застосування бартозомібу у хворих на ММ суттєво покращує клініко-гематологічні показники і прогноз

А.В. Іванкова

СТАН ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ЕКСТРАСИСТОЛІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Ураження нирок при артеріальній гіпертензії (АГ) розглядається в низці типових варіантів ураження органів-мішеней. Зростання інтересу до порушення функції нирок при АГ може бути виправданим з огляду на поширеність нефросклерозу як причини розвитку ниркової недостатності, а також тим, що виникнення навіть незначних ознак порушення функції нирок (підвищення вмісту креатиніну, зниження кліренсу креатиніну, поява мікро- та макроальбумінурії) означає значне підвищення ризику серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті. Не дивлячись на значну кількість робіт, присвячених вивченню функції нирок та зв'язку кардіальної і ниркової патології, велика кількість питань стосовно цієї проблеми залишається невивченою. Одним із таких питань є особливості порушення функції нирок при АГ у поєднанні з різними аритміями.

Мета: визначити особливості функціонального стану нирок в залежності від наявності різних форм екстрасистолії у хворих на ГХ.

Матеріали та методи: Обстежено 90 хворих на ГХ II стадії без наявності аритмій та з частою екстрасистолією (більше 30 екстрасистол за 1 год дослідження), виділено 3 клінічні групи (1-а - хворі без аритмії; 2-а - хворі з частою суправентрикулярною (СЕ) і 3-я - хворі з частою шлуночковою екстрасистолією (ШЕ)). Усім хворим проведено добове моніторування ЕКГ та оцінка функції нирок (визначення рівня креатиніну, сечової кислоти, протеїнурії і мікроальбумінурії, величини швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ. Результати оброблені з допомогою статистичних методів пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 6.0.

Результати: Аналіз показників функціонального стану нирок у клінічних групах виявив вищі значення креатиніну у сироватці крові пацієнтів із частою ШЕ в порівнянні з групами без аритмій та частою СЕ (112 проти 95 і 94 мкмоль/л відповідно, $p=0,001$). Розрахунок ШКФ теж показав різницю між вказаними групами (59 проти 66 і 66 мл/хв/1,73 м², $p < 0,03$).

Розподіл пацієнтів з різним рівнем ШКФ в залежності від аритмологічного статусу не виявив суттєвих розбіжностей ($p=0,44$) в групі хворих без аритмій. Натомість, серед пацієнтів із частою СЕ реєстрували суттєве переважання частоти випадків ШКФ > 60 мл/хв/1,73 м² в порівнянні з епізодами ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м² (79,5% і проти 20,5% та 79,1% проти 20,9% відповідно, $p < 0,0001$). Міжгруповий аналіз виявив достовірно вищу частоту реєстрації ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м² в групі пацієнтів із ШЕ в порівнянні з групами СЕ і без аритмії

(45,2% проти 20,5% і 20,9%, $p=0,003$). Крім того в пацієнтів із ШЕ, у порівнянні з СЕ, реєстрували достовірно вищий середній рівень мікроальбумінурії (220 проти 150 мг за добу, $p=0,02$).

Висновки: Часта ШЕ у хворих із ГХ, на відміну від частоті СЕ і відсутністю аритмії, асоційована з більш тяжкими функціональними порушеннями роботи нирок і збільшенням частоти випадків ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м². Отримані дані можливо пояснити як ранні ознаки кардіоренальних порушень, які мають місце при наявності частоті ШЕ у хворих із ГХ.

П.В. Ігрушкіна
**ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ**

Кафедра ендокринології
М.К. Рокутова (к.мед.н., ас.)
Державна установа «Дніпропетровська медична академія»
м. Дніпро, Україна

Актуальність: В останні роки в літературі зустрічаються посилання щодо розвитку інсулінорезистентності (ІР) у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 1 типу. Один з трьох хворих на ЦД 1 типу має ІР, яка вважається важливим фактором ризику розвитку макросудинних ускладнень (Epstein E. J. et al., 2013).

Мета: оцінити наявність факторів ризику розвитку ІР у пацієнтів з ЦД 1 типу.

Матеріали і методи дослідження: Обстежено 48 пацієнтів з ЦД 1 типу (середня тривалість захворювання - 14,0 (11,0;23,0) років), які знаходилися в ендокринологічному відділенні. Серед хворих - 26 (54%) чоловіків і 22 (46%) жінок. Середній вік склав 41,0 (30,0;47,0) років. Поряд із загальноклінічними методами дослідження, оцінкою об'єктивних даних і анамнезом захворювання проведено антропометрію, тонометрію, дослідження глікемічного профілю, HbA1c, показника eGDR (індекс ІР при ЦД 1 типу), статистичний аналіз - для узагальнення отриманих результатів (непараметричні методи описової статистики, кореляційний аналіз).

Результати дослідження: В групі пацієнтів ($n = 48$) середній показник HbA1c склав 9,5 (8,9; 10,9)%, маси тіла - 72,0 (56,0;86,0) кг, індексу маси тіла (ІМТ) - 24,3 (20,8;30,0) кг/м², об'єму талії (ОТ) - 87,0 (78,0;94,0) см, співвідношення ОТ/зріст - 0,52 (0,45;0,56) і ОТ/об'єм стегон (ОТ/ОС) - 0,9 (0,85;0,91). Артеріальна гіпертензія виявлена у 34 (76%) хворих; ІР - у 79,2% пацієнтів, середній рівень eGDR склав 4,9 (3,5;6,6) мг/кг/хв. Середня добова доза інсуліну - 70,0 (60,0;78,0) одиниць на добу, потреба в інсуліні - 0,9 (0,8;1,1) Од/кг/добу. Середній рівень гіпоглікемічних станів в місяць - 4,0 (2,0;8,0) епізоди. Було зафіксовано збільшення маси тіла за останні 5 років в середньому на 4,5 (2,7;9,2) кг. У групі досліджуваних не дотримались дієтотерапії 34 (89%) хворих; 26 (68%) пацієнтів не займалися фізичною активністю. Виявлено достовірний кореляційний зв'язок між eGDR і віком ($r=-0,36$, $p<0,05$), ІМТ ($r=-0,47$, $p<0,05$), масою тіла ($r=-0,63$, $p<0,01$), тривалістю ЦД ($r=-0,52$, $p<0,01$), тривалістю АГ ($r=-0,49$, $p<0,01$), малорухливим способом життя ($r=0,52$, $p<0,01$), добовою дозою інсулінотерапії ($r=0,68$, $p<0,01$), збільшенням маси тіла за останні 5 років ($r=-0,74$, $p<0,001$), гіпоглікемічними станами протягом місяця ($r=0,72$, $p<0,001$), порушеннями дієтотерапії і введенням додаткових одиниць інсуліну короткої дії протягом доби ($r=0,52$, $p<0,01$).

Висновки: У пацієнтів з ЦД 1 типу і тривалістю захворювання більше 10 років ІР зустрічається в 79,2% випадків. До основних факторів ризику розвитку ІР при ЦД 1 типу можна віднести: високу добову потребу в інсуліні, часті гіпоглікемічні стани, тривалість цукрового діабету і/або АГ, малорухливий спосіб життя, порушення режиму дієтотерапії, збільшення маси тіла протягом останніх 5 років, високий ІМТ, а також вік пацієнта. У пацієнтів з ЦД 1 типу визначення індексу eGDR необхідно для оцінки ризику розвитку або виявлення ІР, а також корекції і профілактики даного стану.

І.С. Качан, Д.С. Борота
**ЧАСТОТА ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ХОРДАЛЬНОГО АПАРАТУ СЕРЕД
ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКОЮ МІТРАЛЬНОЮ РЕГУРГІТАЦІЄЮ**

Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО
В.І. Кривенко (д.мед.н., проф.)
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: Пошкодження хорд вважається нечастою причиною мітральної регургітації, яка потребує хірургічного лікування. Клапанну дисфункцію означеної етіології пов'язують переважно з механічною травмою серця, крім того основним клінічним проявом відриву хорд (ВХ) традиційно вважають синдром гострої серцевої недостатності.

Мета: На основі серії клінічних випадків підтвердженого ВХ мітрального клапана провести аналіз частоти, ехокардіографічних ознак та клінічних особливостей порушення функції мітрального клапана за наявності пошкодження хордального апарату.

Матеріали та методи: На першому етапі проведена оцінка сонографічних симптомів ВХ у 5 пацієнтів (за

період 7 останніх років, апарат Esaote MyLab 50 Xvision, датчик PA230E 2-4,0 МГц), які були скеровані до кардіохірургічного відділення, де їм було проведено хірургічне лікування і діагноз був підтверджений інтраопераційно. На наступному етапі з архіву 5421 ехокардіографічних досліджень пацієнтів ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМУ відібрано 321 протокол за критерієм включення «значна мітральна регургітація». Після цього проаналізовано відібрані дослідження з метою можливого виявлення предикторів ВХ.

Результати: Кардинальними ультразвуковими ознаками, які можуть вказувати на ВХ, ми вважаємо: 1) помірний або тяжкий ступінь регургітації; 2) ексцентрично спрямований потік; 3) «провалення» однієї стулки під іншу; 4) пролапс вільного краю стулки у ліве передсердя або «стулка, що молотить». Помірний кальциноз мітрального клапана спостерігали у 2 хворих, потовщення вільного краю стулок до 7 мм – у 1 пацієнтки. Не спостерігали ехосигналів від ушкодженої хорди, також не зареєстровані ознаки «класичного» пролапсу стулок, які виявляють на тлі дисплазії сполучної тканини. При аналізі анамнезу з'ясовано, що факт травми грудної клітки був наявний тільки у 1 хворого. Прогресування серцевої недостатності у всіх пацієнтів відбувалось поступово (протягом місяців), при цьому 2 особи мали клінічні «маски» у вигляді вперше виявленої фібриляції передсердь та кровохаркання. Один пацієнт протягом 4 років спостерігався з діагнозом пролапс мітрального клапана III ступеня. Об'єктивно, окрім інших ознак, відзначено грубий систолічний шум, який вислуховувався у всіх точках з епіцентром на верхівці серця. Жодний хворий не мав пароксизмальної нічної задишки та інших симптомів так званої «серцевої астми». Встановлено, що у 14 хворих, що склало 4,3%, ехокартина може відповідати пошкодженню хордального апарату. На жаль, верифікація діагнозу у цих пацієнтів на момент проведення аналізу була неможлива.

Висновки: Виходячи з виявленої частоти та клінічних особливостей, логічно припустити, що настороженість спеціалістів з УЗД, а також лікарів-інтерністів з приводу можливого ВХ як причини клапанної дисфункції у дорослих пацієнтів з помірною або тяжкою мітральною регургітацією є обґрунтованою, незважаючи на відсутність травми та симптомів гострої серцевої недостатності в анамнезі.

М.С. Кмитюк

ДЕПРЕСІЯ ЯК СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ У РІЗНИХ ГРУП ТЕРАПЕВТИЧНИХ ХВОРИХ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними МОЗ України, з 2008 р. по 2012 р. поширеність депресивних розладів зросла з 65,37 до 73,6 осіб на 100 тис. населення. Серед пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, 17% мають депресивний розлад, який часто поєднується із соматичною патологією. Депресивні розлади можуть ускладнювати перебіг та знижувати ефективність лікування соматичних захворювань.

Мета: Порівняти поширеність депресивних розладів серед хворих із захворюваннями суглобів та сполучної тканини та пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями; виявити особливості перебігу депресій у даних груп хворих; встановити гендерні особливості.

Матеріали та методи: На базі науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів було здійснено відбір та анкетування 68 хворих, серед яких 36 (53%) – чоловіків, 32 (47%) – жінок. Серед опитаних 28 (41%) страждали на остеоартроз, 16(24%) – на ревматоїдний артрит(РА), 12(18%) - на подагру, 8 (12%) – на анкілозуючий спондилоартрит та 4 (5%) – на системний червоний вовчак (СЧВ). Також було проведено анкетування 48 пацієнтів, що страждають на серцево судинні захворювання, серед яких чоловіків – 24 (50%), жінок – 24 (50%). Серед опитаних пацієнтів 25 (52%) страждало на гіпертонічну хворобу (ГХ), 15 (31%) – на ішемічну хворобу серця (ІХС) та 8 (17%) – на персистуючу форму фібриляції передсердь. Виявлення депресивних розладів проводилось за допомогою стандартизованих опитувальників пацієнта PHQ-2 та PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Після цього була здійснена статистична обробка отриманих результатів.

Результати: За даними опитування депресивні розлади були виявлені у 56 (82%) хворих із захворюваннями суглобів, серед яких 28 жінок (87,5%) та 28 чоловіків (78%). Серед хворих із остеоартрозом на депресію страждають 22(79%); серед хворих із РА – 14(87,5%); із подагрою – 10 із 12 (83%), із анкілозуючим спондилоартритом – 6 (75%); із СЧВ – 4 (100%) відповідно. Серед опитаних кардіологічних хворих депресивні розлади були виявлені у 36 (75%) пацієнтів, серед яких 16 (33%) чоловіків, та 20(42%) жінок. Серед хворих на ГХ депресивні розлади були виявлені у 17(68%), на ІХС – у 13 (87%), на порушення ритму – у 6 (75%).

Висновки: Для хворих із хронічними соматичними захворюваннями характерна висока частота депресій. Поширеність депресивних розладів вища серед пацієнтів із захворюваннями суглобів (82%), ніж серед кардіологічних хворих (75%). За даними опитування спостерігається більша схильність до депресій серед жіночої статі, ніж серед чоловічої. Вчасне виявлення та лікування депресій дозволить підвищити ефективність лікування та покращити якість життя хворих на хронічні соматичні захворювання.

М. С. Кмитюк, В. А. Булан
У ПОЛОНІ ПІТЬМИ. ПІГМЕНТНА КСЕРОДЕРМА

Кафедра шкірних та венеричних хвороб
С.В. Дмитренко (д.мед.н., проф..)

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

Актуальність: Пігмента ксеродерма (ПК) – це рідкісний, важкий, небезпечний для життя генодерматоз, що успадковується переважно аутосомно-рецесивним шляхом. Характеризується високою чутливістю до сонячного світла, пігментними висипаннями на відкритих ділянках шкіри та високою схильністю до виникнення злоякісних пухлин. У США пігментна ксеродерма зустрічається з частотою 1:250000 населення, в Японії – 1:20000, а в країнах Європи 2,3 випадки на 1 млн. народжених.

Мета: Дослідити етіопатогенез даного захворювання та його клінічних проявів, розглянути можливі методи лікування та профілактики виникнення симптомів пігментної ксеродерми.

Матеріали та методи: У ході роботи були використанні наукові статті та розглянуто клінічний випадок ПК.

Результати: Під час перебування людини на сонці ультрафіолетове опромінення вражає клітини відкритих ділянок шкіри, зокрема їх генетичний набір. В нормі в організмі людини постійно працює система ферментів, які визначають, вирізають та відновлюють ушкоджені ділянки хромосом клітин. ПК виникає внаслідок дефіциту чи повної відсутності одного з ферментів репарації ДНК. Саме цей дефіцит і викликає низку патологічних змін в шкірі, що виникають під дією ультрафіолету. Для ПК характерна поява на шкірі гіпо- чи гіперпігментних плям, множинних новоутворень (папіломи, кератоми), атрофії шкіри, а на пізніх стадіях – поява злоякісних утворень: плоскоклітинний рак, меланома, базальноклітинний рак, що і стає найчастіше причиною смерті хворих на ПК. На жаль, на даному етапі розвитку медицини ще не винайдено ефективного етіологічного лікування ПК, тож основним шляхом продовження тривалості та покращення якості життя хворих на ПК є попередження впливу ультрафіолету на шкіру хворих. Для цього застосовуються спеціальні сонцезахисні креми з найвищим рівнем захисту, одяг, що не пропускає сонячні промені, забороняється використання ламп денного світла. Доведено, що при дотриманні вище вказаних умов, тривалість життя хворих на ПК необмежена, а ризик розвитку злоякісних пухлин значно знижується.

Висновки: Отже, пігментна ксеродерма є важливою медичною проблемою. Оскільки основним шляхом лікування на даний момент залишається ізоляція хворих від дії ультрафіолетового випромінювання, то необхідно надавати важливе значення інформуванню та навчанню хворих на ПК, що зможе значно покращити якість життя даної групи пацієнтів.

В.Л. Кобець

ВРОДЖЕНІ ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Л.І. Маринич (к.мед.н.,ас.), С.В. Бондарчук (ас.)

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

Актуальність: У зв'язку з поширеністю, тривалістю перебігу, а також витратами на лікування анемія вважається медико-соціальною проблемою. Питома вага гемолітичних анемій в Україні серед інших захворювань системи крові становить 5,2%, а серед анемічних станів ця цифра складає 11,7%. У структурі гемолітичних анемій виділяють спадкові та набуті захворювання, кількість останніх значно переважає. Деякі з вроджених гемолітичних анемій — гемоглобінопатії (серпоподібно-клітинна, таласемія) – можуть призвести до летального наслідку. Своєчасна діагностика вродженої гемолітичної анемії та профілактика виникнення гемолітичних кризів часто визначає прогноз подальшого життя людини.

Мета: Аналіз стану діагностики вроджених гемолітичних анемій.

Матеріали та методи: використовувались теоретичні (аналіз наукової літератури, узагальнення, класифікація), емпіричні (сортування медичної документації, опис) та статистичні методи (реєстрування, порівняння, математичний аналіз).

Результати: Кількість осіб дитячого віку, що знаходяться на диспансерному обліку у Вінниці становить 19 хворих, 17 з яких мають спадковий мікросфероцитоз Мінковського-Шоффара, а серед дорослих ця цифра складає 21. Гіпоксія органів та тканин (в першу чергу страждають головний мозок та серце), а також розвиток гемолітичних кризів (синдром, що характеризується різким загостренням клінічних та лабораторних ознак гемолізу еритроцитів). Профілактика ускладнень є обов'язковою та різноплановою. Вона включає адекватне використання лікарських засобів, запобігання переохолодження, травм, інфекційних захворювань, впливу токсинів. Для спадкових гемолітичних анемій вона включає медико-генетичне консультування.

Висновки: Для осіб дитячого віку первинна захворюваність значно менша ніж первинна захворюваність серед дорослих, що однозначно говорить про недостатню діагностику.

К.М. Ковальчук
**МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ
ЛЕГЕНЬ У ЧОЛОВІКІВ**

Циклова комісія терапевтичних дисциплін

І.І. Ліщук (ас.)

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради
м. Житомир, Україна

Актуальність: Нині хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) визначають як хронічне запальне захворювання, пов'язане з впливом несприятливих чинників зовнішнього середовища. Основним місцем запалення стають малі дихальні шляхи, однак активне запалення наявне і у великих бронхах, і в легеневій паренхімі, і в легеневих судинах. Часте явище при ХОЗЛ – підвищення рівня маркерів запалення не тільки «на території легенів», а й у периферійній крові, що свідчить про наявність системної запальної реакції. На ранніх стадіях недуги запальний процес, найчастіше викликаний інгаляцією тютюнового диму. Масштабні епідеміологічні дослідження продемонстрували, що головною причиною летальності хворих на ХОЗЛ легкого та середньо-тяжкого перебігу стає не дихальна недостатність, як традиційно вважалося, а серцево-судинні події.

Мета: дослідити роль медичної сестри у реабілітації ХОЗЛ у чоловіків.

Матеріали та методи: системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати: У хворих на ХОЗЛ відбуваються значущі зміни в емоційній та психічній сферах, виникають депресії, підвищена тривожність. На ранніх стадіях захворювання ці розлади пов'язують з гіпоксією. Хворі стають дратівливими, іноді навіть агресивними. На тлі прогресування патологічного процесу відбуваються зниження працездатності і толерантності до фізичного навантаження, зменшується соціальна активність хворих з виникненням відчуття ізоляції від інших людей, що ще більше підсилює депресію. Для кожного хворого на ХОЗЛ підбирають індивідуальну програму реабілітації, з урахуванням специфічних фізіологічних та психопатологічних порушень, викликаних основним та супутніми захворюваннями. Для цього проводять ретельне обстеження пацієнта, з детальним вивченням анамнезу, виявленням супутніх захворювань, фізикальним обстеженням, що повинно включати визначення індексу маси тіла, оцінку сили інспіраторних і експіраторних м'язів, а також ступеня розвитку мускулатури нижніх кінцівок у хворих з втратою м'язової маси. Використання фізичних вправ на етапах медсестринського процесу у хворих на ХОЗЛ дозволяє поліпшити клінічний перебіг хвороби, навчити пацієнта керувати дихальним актом, сприяє збільшенню м'язової та загальної маси тіла, а також покращує психологічний стан.

Висновки: Отже, дослідивши медсестринський процес при захворюваннях легень у чоловіків, можна зробити висновок, що медична сестра відіграє надзвичайно важливу роль у лікуванні та реабілітації пацієнтів з даними патологіями. Саме медична сестра встановлює емоційний і психологічний зв'язок з пацієнтом. Вона є його порадником, психологом, другом, а також допомагає пацієнтам ефективно виконувати призначення лікаря.

О.С. Ковальчук
ЛЕГКІ АЛГОРИТМИ ДЛЯ КУПІРУВАННЯ ВАЖКИХ СТАНІВ

Кафедра внутрішньої медицини № 1

І.П. Гунько (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: купірування гострих станів, таких як гостра серцева недостатність, набряк Квінке чи анафілактичний шок - вимагає застосування певного набору препаратів в строго визначеній послідовності з дотриманням дозування. Часто ця послідовність є досить складною, тому для покращення її запам'ятовування потрібно розробляти чіткі асоціативні/аббревіатурні ряди.

Мета: систематизувати матеріал про препарати та їх дози для купірування гострих станів. Створити асоціативно-аббревіатурні ряди та наочні матеріали (стенд), які будуть викликати прості та зрозумілі асоціації для покращення ефективності та спрощення вивчення даної теми.

Матеріали та методи: Лікарські засоби, що використовуються для купірування різноманітних гострих станів, тематичні публікації з теми, відповідні накази МОЗ України.

Методами є вивчення друкованих матеріалів, відповідних наказів МОЗ України та інтернет-ресурсів з теми, порівняльний аналіз дії лікарських засобів, систематизація та узагальнення матеріалів у вигляді створення асоціативних/аббревіатурних рядів та демонстраційного стенду з даної теми.

Результати: Асоціативно-аббревіатурні ряди, спрямовані на спрощення запам'ятовування алгоритмів купірування гострих станів (таких як гостра серцева недостатність, набряк Квінке, анафілактичний шок) та створення наочно-демонстраційного матеріалу у вигляді стенду, що відображає алгоритми використання препаратів для купірування гострих станів з урахуванням специфіки підбору їх дозування та дотримання послідовності застосування, систематизація послідовностей використання лікувальних засобів.

Висновки: Оскільки в екстрених ситуаціях, коли потрібно швидко купірувати гострий стан, лікар повинен

швидко згадати чітку послідовність використання певного набору препаратів та врахувати особливості підбору доз даних препаратів, то для покращення їх запам'ятовування варто створювати асоціативно-аббревіатурні ряди, які в легкій та сприятливій формі будуть відображати дану тематику. Демонстраційна наочність (стенд) допоможе якісному вивченню та засвоєнню матеріалу.

Є.В. Коломієць, С.О. Коростіль

АСОЦІАЦІЯ С677Т ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ З БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

Кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Н.Г. Кучма (к.мед.н., ас.)

Сумський державний університет, медичний інститут

м. Суми, Україна

Актуальність: Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) являється предметом уваги лікарів різних спеціальностей, оскільки є основним компонентом метаболічного синдрому та головним фактором ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Цю патологію має близько третини загальної популяції, при гістологічній оцінці потенційних донорів печінки виявлялась поширеність НАЖХП від 20 до 51 % за даними різних досліджень. Хоча жировий гепатоз має тенденцію до доброякісного перебігу, неалкогольний стеатогепатит, що характеризується запаленням, фіброзом і пошкодженням гепатоцитів, може призвести до розвитку цирозу та печінково-клітинної недостатності. Тому особливого інтересу заслуговує вивчення нових, нестандартних методів обстеження та діагностики хворих на НАЖХП, а саме дослідження ролі С677Т поліморфізму гена метилентетрагідрофолатредуктази (МТГФР) у розвитку патологічних змін у гепатоцитах.

Мета: Метою нашої роботи було дослідити зв'язок С677Т поліморфізму гена МТГФР з біохімічними показниками у пацієнтів із НАЖХП залежно від статі.

Матеріали і методи: обстежено 110 осіб, хворих НАЖХП. Пацієнтів було розподілено згідно гендерної ознаки: I група – 59 осіб чоловічої статі, II група – 51 особа жіночої статі. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Пацієнтам проводили визначення біохімічних показників, що включали: АЛТ, АСТ, ГГТП та ЛФ. Визначення алельного поліморфізму гена МТГФР проводили шляхом ПЛР з детекцією результатів гібридизаційно-флуоресцентним методом в режимі реального часу.

Результати дослідження: отримані наступні біохімічні показники: АЛТ (I група – 63,76 Од/л, II група – 57,16 Од/л), АСТ (I група – 66,82 Од/л, II група – 58,84 Од/л), ГГТП (I група – 51,64 Од/л, II група – 52,96 Од/л), ЛФ (I група – 215,35 Од/л, II група – 221,62 Од/л), що було достовірно вищим ніж у пацієнтів контрольної групи. Вивчаючи концентрацію біохімічних показників залежно від С677Т поліморфізму гена МТГФР виявили, що пацієнти I та II групи носії Т677Т генотипу мали найвищий вміст АЛТ та АСТ (75,08 Од/л, 79,16 Од/л та 66,1 Од/л, 67,33 Од/л відповідно) порівняно з С677С та С677Т генотипами. Пацієнти II групи гомозиготні за мінорним Т-алелем мали найвищі показники ЛФ та ГГТП (239,83 Од/л та 54,33 Од/л відповідно), порівняно з носіями основного С-алелю. У пацієнтів I групи такої залежності ГГТП та ЛФ від С677Т поліморфізму виявлено не було. Отже пацієнти жіночої статі мали більшу асоціацію біохімічних показників крові залежно від С677Т поліморфізму гена МТГФР ніж пацієнти чоловічої статі.

Висновок: пацієнти з НАЖХП мали вірогідно вищу концентрацію біохімічних показників крові порівняно з групою контролю. Пацієнтів жіночої статі, носії Т677Т генотипу мали найвищі показники АЛТ, АСТ, ЛФ та ГГТП, тоді як у пацієнтів чоловічої статі, носії Т677Т генотипу лише АЛТ та АСТ порівняно з С677С та С677Т генотипами гена МТГФР.

А.В. Кологилів, М.С. Лысак

ТЕРАПИЯ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВЗРОСЛЫХ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности

Т.Н. Амбросова (д.мед.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся гиперреактивностью и вариабельной обструкцией бронхов. Согласно классификации, предложенной Европейским респираторным сообществом (ERS), выделяют тяжелое и среднетяжелое обострения БА. Тяжелые обострения БА относятся к опасным для жизни экстренным ситуациям.

Цель: Для клинической практики предлагается схема терапии обострений БА, популяризация которой является нашей целью.

Материалы и методы: Лечение тяжелых обострений БА должно проводиться в стационарах: Кислородотерапия для поддержания SpO₂ на уровне 93–95%. Ингаляционные β₂-агонисты ограничивают анти-IgE-индуцированный выброс гистамина из тучных клеток и базофилов, купируют спазмы бронхов. Ингаляционные антихолинергические препараты: комбинирование β₂-агониста ипратропия бромидом, который

блокуєт м-холінорецептори гладкої мускулатури трахеобронхіального дерева і розширюєт крупні і середні бронхи. Системні глюкокортикостероїди: пероральне применення преднізолонa (40–50 мг в сутки) інгібуєт синтез простагландінов на уровні арахідонової кислоти: індукований синтез ліпокортин угнеєт фосфоліпазу А2, подавляєт освободженнє арахідонової кислоти і інгібуєт біосинтез ендоперекисей і лейкотрієнов. Достигаєтсьє уменьшеннє отека слизистих і отложеннє циркулюючих імунних комплексів в них. Інгаліаціонні ГКС во время обостреннєа продолжають в підвищенній дозі. Отмена системних ГКС проводится только при назначеннєі інгаліаціонних ГКС. Магнієа сульфат применяєтсьє в качествє спазмолітіка (1,2–2,0 г в/в капельно в теченнє >20 мін) в случает отсуєтствєа хорошеєа реакцієа на інгаліаціонні бронхолітікі. Гелієво-кислороднаєа терапієа позволяєт снизить сопротивление потоку в дыхательных путях, что вєдет к снижению работєа дыханнєа і уменьшеннєу рїска развитнєа утомленнєа дыхательной мускулатуры. Неінвазивнаєа вєнтіляцієа легкіх. Искусственнаєа вєнтіляцієа легкіх требуетсьє больным с обостреннєем БА в тех случаях, когда все другие вїды консервативной терапієаі оказались неэффеєтивными.

Результаты: Патогенетическая терапия.

Выводы: В современной медицинской практике комбинированное применение терапевтических инструментальных методов и лекарственных средств позволяет надежно контролировать эпизоды обострений БА, что значительно повышает качество жизни пациента.

А.Г. Комісарук

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ОЖИРІННЯ

Сестринська справа

В.З. Свиридюк (д.мед.н., проф.)

Житомирський інститут медсестринства

м. Житомир, Україна

Актуальність: Проблема ожиріння залишаєтсьє актуальною вже не днє століттєа . Здатність накопичувати жир є еволюційною перевагою, яка дає можливість людині виживати в періоду примусового голодуваннєа. Від геніального винаходу природи – жиру, який в минулому носив захисну функцієу, тепер страждають мільйони людей. В цілому ця проблема стала однією із глобальних і стосуєтсьє всіх країн. За останніми оцінками ВООЗ, надмірною вагою в сучасному світі страждають приблизно 1,5 мільярда дорослих людей і ще 350 млн схильні до ожиріннєа. Приблизно 20 млн. дітей до 8 років мають проблеми із зайвою вагою ,тому проблема ожиріннєа в наш час стає все більш актуальною і являє собою небезпекєу для життєа людей .

Мета : Дослідити роль медичної сестри в профілякцієі ожиріннєа .

Матеріали та методи: Аналіз сучасних джерел інформацієі, обробка наукової літератури та статистична обробка результатів анкетуваннєа серед студентів Житомирського інституту медсестринства. Нами було опитано 30 студентів 4-го курсу відділеннєа «Сестринська справа», 30 медсестер-бакалаврів і 17 магістрів за спеціальністю «Сестринська справа».

Результати: Нами встановлено що у більшості опитаних відсуєтня культура здорового способу життєа .

Опитувані не бачать зв'язку своїх проблем із здоров'єм з наявністю у них зайвої ваги . Хоча при незначному схудненнєі самопочуттєа значно покращуєтсьє, більшість проблем із здоров'єм зникають .

Висновок: Ожиріннєа є причиною багатьох захворювань і вражає більшість дорослого населеннєа. Перед сімейною медичною сестрою стоїть непроста задача навчаннєа людей раціональному харчуваннєу, вміннєа підібрати оптимальне фізичне навантаженнєа. Самєа медична сестра повинна відповідати за навчаннєа і мотивацієу пацієнтів в їх боротьбі із зайвою вагою.

О.Г. Костюк, О.В. Машевська, Н.Л. Годован, В.В. Іович

ДІАГНОСТИКА ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ НЕДРІБНОКЛІТИННИМ РАКОМ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ТАРГЕТНОЮ ТЕРАПІЄЮ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапієаі та онкологієі

О.Г. Костюк (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак легень є серйозною медичною і соціальною проблемою, оскільки це одна із найбільш часто виявляємих злоякісних пухлин саме на пізніх стадієах. Щорічно в світі реєструєтсьє близько 1 мільйона нових випадків раку легень та 60% онкологічних хворих гине в результаті даного захворюваннєа.

На сьогоднішній днєа використовуєтсьє бєавацізумабу, в комбінацієі з паклітакселом та карбоплатином, є вискоєфєєтивним стандартом хімотерапевтичного лікуваннєа недрібноклітинного раку легень, схема показала високій результат по медіані подовженнєа життєа у пацієнтів з розповсюденим раком легень. Як відомо, одним із перших симптомів під час хімотерапевтичного лікуваннєа у таких пацієнтів, є поява ознак гепатотоксичності. На сьогоднішній днєа недостатньо досліджено вплив таргетної терапієаі на швидкієт розвитку токсичного ураженнєа печінки у хворих з розповсюденим недрібноклітинним раком легень.

Мета : оцінити швидкість появи та перебіг гепатотоксичності при лікуванні пацієнтів на рак легень при використанні комбінації таргетної терапії (бевацизумаб) з карбоплатином та паклітакселом та лікування виключно карбоплатином та паклітакселом при введенні раз на 21 день 6 циклів з подальшою підтримуючою терапією бевацизумабом (застосовувалось в групі що отримували таргетну терапію).

Матеріали та методи: проліковано 93 хворих на рак легень, які були розділені на 2 групи: група 1 - бевацизумаб (15мг/кг)+ карбоплатин (AUC 6)+ паклітаксел (200 мг/м²) 50 хворих; група 2 - карбоплатин (AUC 6)+ паклітаксел (200 мг/м²) 43 хворих.

Для оцінки проявів гепатотоксичності використовувались лабораторні показники: рівень АсТ, АлТ, рівень загального білірубіну та лужної фосфатази, оцінка даних показників проводилась кожні 3 тижні протягом 66 тижнів.

Результати: отримані нами дані показали, що інтенсивність розвитку ознак токсичного ураження печінки при оцінці лабораторних показників в групі 1 протягом 66 тижнів була значно нижчою, ніж в групі 2. За період спостереження пацієнтів групи 1 відмічається незначне підвищення рівня АсТ та АлТ (близько 43% від верхньої границі норми), що вперше було зафіксовано на 16 тижні лікування та незначне зростання показників загального білірубіну та лужної фосфатази. В той час як у групі 2 вже на 9 тижні лікування були виявлені перші прояви гепатотоксичності, підвищення показників АсТ, АлТ, лужної фосфатази та загального білірубіну в 2-3 рази від верхньої границі норми.

Висновки: лікування поширеної форми недрібноклітинного раку легень за схемою бевацизумаб в комбінації із карбоплатином і паклітакселом за результатами оцінки біохімічних показників печінкового ураження має менш токсичний вплив на печінку ніж використання схеми паклітаксел та карбоплатин.

В.Ю. Коцулівська, Д.О. Левковська

РОЛЬ МОТИВАЦІЇ ПАЦІЄНТА В ПРОВЕДЕННІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

І.В. Корицька (к. мед. н., доц.), О.Б. Бондарчук (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Медицина досягла значних результатів в питаннях, що стосуються патогенезу алергічних захворювань, засобів їх діагностики та лікування. Але, в останні роки спостерігається переключення уваги на такі гуманістичні проблеми як якість життя, якість лікування, взаємовідносини "лікар-пацієнт". Успіх будь-якого лікування, в тому числі і специфічної імунотерапії (СІТ), алергічних захворювань пов'язано з мотивацією пацієнта. Успіх будь-якого лікування, в тому числі і специфічної імунотерапії алергічних захворювань (СІТ) пов'язано з мотивацією пацієнта. Розглядаючи мотивацію при СІТ слід звернути увагу на унікальні особливості цього методу лікування, а саме: необхідність тривалого лікування; необхідність спостереження за хворим; індивідуальний характер лікування; неможливість лікування в домашніх умовах (при використанні інвазивних методів введення алергенів); необхідність координації дії лікаря - медичної сестри – пацієнта.

Мета: Дослідження ролі особистих характеристик пацієнта та його взаємодії з лікарем в проведенні специфічної імунотерапії.

Матеріали та методи: Відправною точкою для оцінки ролі хворих в прийнятті терапевтичних рішень слугували лікарські спостереження за пацієнтами алергологічного кабінету на базі Вінницького ЦПМСД #3. З метою вивчення факторів, які мали би вплинути на вибір пацієнтом лікувальної програми було проаналізовано домінуючі мотиваційні установки у 161 хворого, віком від 19 до 27 років, які отримали курси СІТ в 2010-2015 р.р.

Результати: Як показали проведені дослідження, в основі прийняття рішення для більшості респондентів (97,8%) лежала позитивна мотивація досягнення здоров'я без ліків, та домінуючу роль мала інформація про зв'язок даного методу лікування з хорошим кінцевим результатом та відмови в подальшому від фармакологічних препаратів. Обов'язковим компонентом лікувального процесу при СІТ була довіра до лікаря (77,55% опитаних), хоча для частини пацієнтів важливим мотиваційним посилом до лікування був досвід інших пацієнтів (17,34%), або власний досвід (14,29%). Вивчення економічних аспектів мотивації при виборі лікування показало, що вони не являються ведучими при прийнятті рішення при проведенні СІТ. Серед 161 опитаних: з високим рівнем прибутку відніс себе 1 (0,62%) пацієнт, з низьким рівнем прибутку - 32 (19,87%) пацієнтів, останні 128 (79,58%) зарахували себе до групи осіб з помірним рівнем статків. З усіх респондентів 21 (13,04%) осіб дали позитивну відповідь на питання : «Чи впливала на Ваш вибір вартість лікування?», останні 140 (86,96%) респондентів не керувались економічними мотивами.

Висновки: врахування мотиваційних факторів дозволяє оптимізувати процес лікування пацієнтів з atopією. Вирішальним критерієм для проведення курсів СІТ являється ефективність індивідуальної терапевтичної програми.

Б.І. Кохан
**УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗМІН МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ
ПОПЕРЕКОВОЇ ДІЛЯНКИ ХРЕБТА**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології
С.В.Коляденко (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні вертеброгенна патологія в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності займає друге місце, поступаючись респіраторним інфекціям, і складає 20-30%, що обумовлює її соціально-економічну значимість у всіх країнах світу. УЗД швидко розвивається і активно впроваджується в діагностику захворювань опорно-рухової системи, що диктує необхідність подальшого дослідження та можливості застосування ультразвукографії в вивченні дегенеративних захворювань поперекового відділу хребта і визначення його місця серед інших методів променевої діагностики

Мета: підвищити ефективність діагностики дегенеративних змін міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта шляхом розробки і впровадження комплексу ультразвукових критеріїв. Дослідження дегенеративних змін міжхребцевих дисків шляхом УЗД-діагностики, порівняння даних УЗД із даними МРТ. Встановити ультразвукові та доплерографічні критерії патологій.

Матеріали та методи: Проведення обстеження з оцінкою неврологічного та ортопедичного статусу. На основі даних обстеження було проведено рентгенологічне дослідження поперекового відділу хребта. Потім було проведено ультразвукове дослідження поперекового відділу хребта з використанням режимів кольорового і енергетичного доплера. Достовірність результатів оцінювалися за методом кутового перетворення Фішера, по t критерію Стьюдента. Специфічність, чутливість, точність ультразвукового методу визначено за стандартними формулами. Дані порівнювалися з даними МРТ-дослідження.

Результати: Епідуральний кровотік при грижах міжхребцевих дисків за даними кольорового і енергетичного доплера значно послаблюється на стороні ураження. Збільшується інтенсивність кровотоку переважно в сегментах L4-L5 і L5-S1, зі швидкістю, зростаючої до 10-12 см / с. Ультразвуковими критеріями стенозу поперекового відділу ПК є зменшення сагітального розміру менше 14 мм, площею хребтового каналу менше 1,5 см², деформація дурального мішка і асиметричне звуження корінцевих каналів. Початкова стадія дегенеративного процесу в міжхребцевих дисках характеризується підвищенням ехогенності і неоднорідністю пульпозного ядра, розширенням межі між останнім і фіброзним кільцем; II стадія - цілісністю, витончення, підвищенням ехогенності неоднорідністю ехоструктури фіброзного кільця, зміщенням ядра і протрузією міжхребцевого диску; III стадія - порушенням цілісності фіброзного кільця з формуванням гриж, розвитком реактивного епідуриту і спайок в епідуральному просторі.

Висновки: Таким чином, результати діагностичної цінності ультразвукографії переконливо доводять, що впровадження комплексу ультразвукових критеріїв підвищує якість діагностики різних форм дегенеративних змін поперекового відділу хребта.

А.О. Кривенко
ЩО МИ ПОВИННІ ЗНАТИ ПРО ПСОРИАЗ?

Кафедра шкірних та венеричних хвороб
А.А. Наліжитий (к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Псоріаз – одне із самих розповсюджених захворювань шкіри із хронічним перебігом. В теперішній час в світі на псоріаз хворіє 1-3% населення. Згідно з офіційною статистикою понад півтора мільйона українців страждають цією патологією. Чоловіки та жінки хворіють з однаковою частотою. Саме тому проблема псоріазу є актуальною і важливою в наш час. Незважаючи на те, що псоріаз входить у першу десятку шкірної патології, думки про нього часто сильно різняться. Тому доречним буде розглянути деякі факти про особливості перебігу псоріазу, що мають доказову базу.

Мета: Проаналізувати особливості патогенезу та перебігу псоріазу.

Матеріали та методи: Проведено аналіз сучасних вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, даних статистичних досліджень псоріазу.

Результати: Згідно сучасним уявленням можна стверджувати, що псоріаз не інфекційне захворювання, не передається повітряно-краплинним або контактним шляхом, тобто не є заразним. Псоріаз часто виникає внаслідок дисбалансу в роботі імунної системи, а сприяючими факторами можуть бути травми шкіри та тривалі стреси. Згідно різних статистичних досліджень псоріаз має спадкову схильність (при його наявності у одного з батьків можливість захворювання дитини зростає до 25%, а при захворюванні обох батьків – до 75%). При адекватно підбраному лікуванні псоріаз можна успішно контролювати. Також, слід зазначити, що в організмі хворого на псоріаз присутнє чудове поєднання: високий рівень антиоксидантного захисту забезпечує посилення проліферації, а високий рівень експресії апоптозних рецепторів дозволяє оперативню керувати структурними

процесами в тканинах і органах. Тому такі хворі менш чутливі до радіаційного та ультрафіолетового випромінювання, менш схильні до онкологічних захворювань, виглядають молодше однолітків, у них швидше загоюються рани. Завдяки активності антиоксидантної системи відбувається нейтралізація вільних радикалів, що призводить до покращення мікроциркуляції в тканині головного мозку. Це, в свою чергу, збільшує активність кори головного мозку, що відображається високим інтелектом.

Висновки: інколи наші недоліки продовжуються перевагами. Про це свідчать високі адаптаційні можливості хворих на псоріаз, ефективний імунологічний контроль, який зменшує вірогідність виникнення онкологічних захворювань. Отже, псоріаз можна вважати хворобою здорових людей, адже при адекватному лікуванні можна домогтися стійкої та тривалої ремісії без істотного погіршення якості життя пацієнта.

О.В.Кузовлева, Л.В.Коваленко, В.О.Федорченко
**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ
ХРОНІЧНОГО ЛІМФОЛЕЙКОЗУ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Бондарчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. Пирогова М.І.,

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Хронічний лімфолейкоз(ХЛЛ) - одне з найпоширеніших онкогематологічних захворювань. Також це найчастіший варіант лейкозу серед представників європеїдної раси. Щорічна захворюваність становить приблизно 3 випадки на 100 тис. чоловік. Дебют захворювання, як правило, відбувається в літньому віці.

Мета дослідження: Дослідити і порівняти ефективність сучасних схем хіміотерапії в лікуванні ХЛЛ.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз ефективності препаратів при лікуванні хронічного лімфолейкозу на основі 55 історій хвороб пацієнтів гематологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова віком 58-70 років жіночої та чоловічої статі за 2015-2016 рр, що лікувались за різними схемами: монотерапія Флударабіном / Хлорамбуцилом і комбінована хіміотерапія Флударабін+Циклофосфан+Ритуксимаб(FCR) та Флударабін+Циклофосфан(FC) .

Результати дослідження: При використуванні монотерапії препаратом Флударабін результати були слідуєчими часткова ремісія отримана у 72% хворих, а повна у 7% хворих. Рівень токсичності – 26%. Безрецидивний період складав 23 міс.

Монотерапія препаратами Хлорамбуцилу дала такі результати: часткова ремісія - 80%, повна- 15%. Рівень токсичності - 28%. Тривалість безрецидивного періоду - 20 міс.

Комбінована хіміотерапія препаратами Флударабіном і Циклофосфаном показала, що часткова ремісія спостерігалась у 85%, а повна ремісія у 23% випадків. Рівень токсичності складав 28%. Тривалість без рецидивного періоду – 32 міс.

При комбінації Ритуксимабу з Флударабіном і Циклофосфаном ремісії отримані у 93% раніше невилікованих хворих, у тому числі у 60% - повні. У тих хворих, які раніше лікувались, в тому числі резистентних до алкілувальних агентів та/чи флударабіну, ефект досягнутий у 70% випадків, у 14% хворих отримані повні ремісії. Рівень токсичності – 34%. Безрецидивний період складав 43 міс.

Поліхіміотерапія флударабіну з циклофосфамідом і з ритуксимабом(FCR) в групах хворих репрезентативних за віком та стадією хвороби дала вищі результати часткової ремісії, загальної ремісії(незначно) і безрецидивного періоду, але з вищою токсичністю.

Висновок: Провівши ретроспективний аналіз результатів лікування ХЛЛ препаратами для хіміотерапії та порівнявши їх ефективність ми дійшли до висновку, що комбінована терапія дає кращі результати, ніж монотерапія. Найбільш ефективним виявилось комбінування препарату моноклональних антитіл Ритуксимабу з цитостатичними препаратами Флударабіном та Циклофосфаном. Незважаючи на вищу токсичність, ця комбінація показала гарні результати щодо числа повної та часткової ремісії, у тому числі хворих, у яких спостерігалась набута під час попереднього лікування резистентність до флударабіну чи алкілувальних агентів.

О.О. Ксенчин

**ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), та одночасно зростає кількість хворих на ГЕРХ з коморбідною патологією, такою як артеріальна гіпертензія (АГ). Серед чинників що сприяють виникненню як ГЕРХ так і АГ відмічають надмірну масу тіла.

Мега дослідження: дослідити особливості даних антропометрії у хворих з ізольованим перебігом ГЕРХ, АГ та у хворих з коморбідним перебігом ГЕРХ та АГ.

Матеріали і методи: В даному дослідженні прийняло участь 80 пацієнтів. Вони були розділені на 3 групи: 1-ша група це ті, у яких підтверджено ізольований перебіг ГЕРХ (30 пацієнтів) середній вік з яких складав $51 \pm 2,83$ років, серед них було 9 чоловіків, та 21 жінка; 2-га група, у кого підтверджено ізольований перебіг АГ (30 пацієнтів) середнім віком з яких складав $50,2 \pm 2,5$ років, серед них було 13 чоловіків, та 17 жінок; та 3-тя група – група пацієнтів з коморбідним перебігом ГЕРХ та АГ (20 пацієнтів), середній вік з яких складав $63,4 \pm 2,0$ років, серед них було 6 чоловіків, та 14 жінок. Усім пацієнтам в умовах клініко-діагностичної міждисциплінарної гастроентерологічної лабораторії на базі кафедри внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ ім. М.І Пирогова було виконано антропометрію за допомогою монітору складу тіла Omron BF 500. Визначались наступні показники: індекс маси тіла, % вміст загального жиру, рівень внутрішнього жиру, % співвідношення скелетної мускулатури, основний обмін у повному спокої.

Результати: Якщо розібрати відсотковий склад усіх груп, то у групі пацієнтів з ГЕРХ було 60% осіб з надмірною вагою тіла ($IMT \geq 25$), у групі з АГ відповідно 76,7%, та у групі з коморбідним перебігом ГЕРХ та АГ – 85% пацієнтів. Показово, що серед усіх обстежених було виявлено 8 пацієнтів з ожирінням I ступеню ($IMT=30-34,9$) та 2 пацієнти з ожирінням II ступеню ($IMT=35,0-39,9$) і всі вони страждали як на ГЕРХ так і на АГ, тобто були з групи ГЕРХ+АГ.

Висновки: статистично достовірної відмінності між показниками IMT у хворих з різних груп встановити не вдалось, це може бути пов'язано з тим що в однаковій мірі збільшення IMT є чинником що сприяє як ГЕРХ так і АГ, проте: у групі з коморбідним перебігом середній IMT значно більший (29,2 проти 24,1 та 24,3 у групах з ізольованим перебігом); відсоток пацієнтів з надмірною вагою найбільший у групі ГЕРХ+АГ (85% проти 60% та 76,7%); усі 10 пацієнтів з діагностованим ожирінням були з групи ГЕРХ+АГ; середнє значення загального жиру було вище також у групі ГЕРХ+АГ (33,8% проти 28,7% та 28,1%). Отже, наглядно видно що збільшенням IMT (особливо при $IMT > 30$) та % вмісту загального жиру вірогідність розвитку коморбідної патології вище, ніж розвитку ізольованих ГЕРХ або АГ.

Є.С. Лагно

МЕЛАНОМОРФНІ НЕВУСИ, ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Кафедра шкірно-венеричних хвороб

О.М. Пічкур (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дослідження пігментних новоутворень шкіри меланоцитарногогенезу диктується необхідністю диференціальної діагностики ранніх стадій меланоми з доброякісними меланоцитарними новоутвореннями - невусами. У той же час необхідні чіткі диференційно-діагностичні критерії для невусів різних варіантів будови, оскільки деякі з них, на думку ряду авторів, відносяться до передмеланомних новоутворень, є фоном для виникнення меланоми (диспластичний невус). Виявлення малих ознак у хворих на меланому на ранній стадії попереджає фатальний прогноз.

Мета: встановлення частоти і морфологічної характеристики різних видів невусів за даними дерматологічних та гістологічних досліджень по Вінницькій області за 2015 рік за даними обласного патологоанатомічного бюро.

Матеріали та методи: дерматоскопічний, гістологічний (мікроскопічне дослідження препаратів, забарвлених гематоксиліном-еозином), статистичний (суцільного переліку та малої вибірки), опитування, анкетування.

Результати: Ми опитали 80 студентів ВНМУ та дослідили 560 видалених невусів у 350 осіб. 24 опитаних (30%) стверджують, що мають підозрілі родинки. При дерматоскопічному обстеженні не виявлено жодного злоякісного утворення. Більшість пацієнтів (252 особи – 404 невуси) – жінки. Зафіксовано 156 новоутворень, які видаляли чоловікам (98 осіб). Найбільш поширеним є внутрішньодермальний невус (322 препарати, що скл. 57%). Разом з тим вражає велика кількість змішаних – 205 (37%). Спостерігали, також, диспластичні, пограничні, бородавчаті, блакитні, Спітц-невуси та невуси сальних залоз. З 560 розглянутих нами зразків виявили 3 меланоми. При дослідженні препаратів було виявлено, що у 38% видалені невуси множинної локалізації. У 32% випадків зустрічаються супутні патології. Найпоширенішими є: папіломи, кавернозні та капілярні гемангіоми, себорейний дерматит.

Висновки: Невус – поширене новоутворення у Вінницькій обл. Він рідко перероджується в меланому (0,54%). Вінничани достатньо часто видаляють утворення для профілактики переродження та з косметичною метою. Найбільш поширеним є внутрішньодермальний (57%) та змішаний (37%) невуси. Вони є одними з найбільш доброякісних. У більшості випадків невуси видаляють жінки віком від 11 до 30 років з косметичною метою. У дітей подібні утворення висікаються лише у небезпечних випадках (вроджений гігантський невус, велика ймовірність малігнізації).

В.В. Лагода
**ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНИЙ ПОРТРЕТ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ АОРТО-КОРОНАРНЕ
ШУНТУВАННЯ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

О.К. Откаленко (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Психоемоційні розлади при кардіологічних захворюваннях зустрічаються досить часто. Виявляється зв'язок між зростанням рівня стресу та збільшенням кількості депресивних і тривожних розладів, а також захворюваністю та смертністю від ішемічної хвороби серця. Тому виявлення цих депресивних і тривожних станів є важливим моментом для призначення коректного лікування пацієнтів.

Мета: Встановити поширеність клінічно значущих порушень психоемоційної сфери (ПЕС) у хворих, які перенесли шунтування та їх залежність від статі та морфо-функціонального стану коронарних артерій.

Матеріали та методи: Обстежено 42 пацієнтів (середній вік – 62,1 роки), в тому числі 34 чоловіків та 8 жінки. З них до операції 12 людей, після операції – 30 людей. Дослідження ПЕС проводилось за допомогою суб'єктивної та об'єктивної шкали (СШ, ОШ) симптомів вегетативної дистонії (Вейн О.М. та співавт., 1998), рівня невротизації (РН) за Л.І. Вассерманом (2001), методики диференційної діагностики депресивних станів (ДС) Зунге (адаптація Т.І. Балашової, 2002), стану реактивної та особистісної тривожності (РТ, ОТ) за Ч.Д. Спілбергом, Ю.Л. Ханіним (Реан А.А., 2001, Райгородський Д.Я., 1998). Статичний аналіз за допомогою набору статистичних програм SPSS для Windows.

Результати: Аналіз проведеного дослідження показав, що у пацієнтів, яким діагностовано 3-ох судинне враження судин і призначена операція аорто-коронарне шунтування, середній рівень СШ становить 32,8 балів, ОШ – 25,3 балів, РН – 35,6%, ДС – 51 балів, РТ – 25,8 балів, ОТ – 45,5 балів. Кількість пацієнтів з високим СШ – 12 хворих (100%), з високим ОШ – 6 хворих (50%), з високим РН не виявлено, з високим ДС – 9 хворих (75%), з високим РТ не виявлено, з високим ОТ – 3 хворих (25%).

У хворих, які перенесли аорто-коронарне шунтування, на 2-3 тиждень після операції середній рівень СШ становить 20,7 балів, ОШ – 13,9 балів, РН – 30,7%, ДС – 47,3 балів, РТ – 25,8 балів, ОТ – 40,7 балів. Кількість пацієнтів з високим СШ – 20 хворих (66,7%), з високим ОШ – 8 хворих (26,7%), з високим РН – 4 хворих (13,3%), з високим ДС – 4 хворих (13,3%), з високим РТ не виявлено, з високим ОТ – 8 хворих (26,7%).

Висновки: Отже, встановлено, що хворі, які вже перенесли аорто-коронарне шунтування відрізняються від пацієнтів, яких лише чекає невдовзі проведення операції з аорто-коронарного шунтування. У хворих, що перенесли шунтування менший середній рівень вегетативної дистонії за суб'єктивною і об'єктивною шкалами, рівень невротизації, рівень депресивного стану і рівень особистісної тривожності, що потребує обов'язкового врахування під час лікування на етапі реабілітації пацієнтів.

Т.П. Легкун, А.Г. Калистру, Ю.Г. Калистру, И.А. Матчак, В.П. Торгай
**ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, ВЫЗВАННЫЙ ЗЕЛЕНЯЩИМ СТРЕПТОКОККОМ,
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Департамент внутренних болезней, дисциплина «Кардиология», Медицинская Клиника № 3

А.В. Греждиеру (к.мед.н., доц.), Л.Ф. Гриб (д.мед.н., проф.)

Государственный университет медицины и фармации „Николае Тестемицану”

г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность темы: Инфекционный эндокардит (ИЭ) является тяжёлым заболеванием с частотой 3-10 эпизодов на 100.000 человек в год, поздней диагностикой (36-40%), внутриутробными осложнениями: застойная сердечная недостаточность в 30% случаев, фатальные эмболии - в 20%, инсульт - в 15%. Чаще всего причиной заболевания являются стрептококки, на долю которых приходится до 60–80% всех случаев инфекционного эндокардита. Наиболее распространённым возбудителем из этой микробной группы (30–40%) является зелёный стрептококк (*Streptococcus viridans*), который обычно ассоциируется с подострым течением заболевания. Важно помнить, что факторами, способствующими его активации, являются манипуляции в полости рта, хирургические вмешательства, тонзиллиты, фарингиты, синуситы и так называемый «оральный сепсис», возникающий после экстракции зубов.

Материалы и методы: Пациент У., 50 лет, Диагноз: Активный инфекционный эндокардит, с положительной гемокультурой, с поражением нативных клапанов (аортального клапана (АоК), митрального клапана (МК) и трехстворчатого клапана (ТК)), недостаточность МК II степени, АоК - II степени, ТК - I степени, Сердечная недостаточность (СН) II (NYHA). Ишемическая болезнь сердца. Осложненная форма стенокардии. Септический пиелонефрит. Хронический периодонтит.

Результаты: фебрильный синдром, одышка, головокружение, головная боль, боли в мышцах, потеря сознания, тошнота, рвота, слабость, септический пиелонефрит, перикардит. Объективно: петехии, чрезмерная потливость, потеря веса в размере 3 кг, сердцебиение. Аускультативно: Тоны сердца ритмичные, ослабленные, систолический шум на верхушке сердца. АД -100/60 мм рт. ст., ЧСС - 80 у/мин. В легких везикулярное

дыхание. ЭКГ: ЭОС горизонтальная. Эхо КГ: умеренное расширение ЛП, ПП, ПЖ. Фракция выброса – 68 %. На передней и задней створке МК вегетации (7x10 мм), подвижные. Легочная гипертензия средней тяжести. Гемокультура – положительная, вызванная Зеленым Стрептококком (Str. Viridans).

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, СОЭ – 60 мм/час. Биохимический анализ: Общий билирубин - 16 ммоль/л, ALAT – 38,5 ммоль/л, ASAT – 35,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: лейкоцитурия, 10-12 лейкоцитов в поле зрения. Антииммунологические тесты: Анти-ХВГ – положительный (80), ревматоидный фактор – 96 ед./мл, С-реактивный белок – 689 мг/л.

Лечение: Эмпирическая антимикробная терапия 2-мя антибиотиками: Ампицилин - 8 г/день, в/в, Цефперазон 8 г/день в/в, противогрибковые, ИАПФ, нестероидные противовоспалительные препараты, диуретики, метилксантины.

Выводы: Молодой пациент 50 лет с Активным Инфекционный Эндокардитом, с положительной гемокультурой и поражением нативных клапанов (аортального клапана (АоК), митрального клапана (МК) и трехстворчатого клапана (ТК)), недостаточность МК II степени, АоК - II степени, ТК - I степени, ишемической болезни сердца, осложненной формой стенокардии и септическим пиелонефритом, что осложняет постановку диагноза, и своевременное назначение адекватного лечения.

В.Л. Лісовський, Ю.П. Пашкова

ГЕНЕТИЧНИЙ РЕГУЛЯТОР МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ – СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

В.М. Жебель (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на досягнення сучасної медицини, частота госпіталізації і летальних випадків при хронічній серцевій недостатності (ХСН) залишається високою, тому все більшої актуальності набуває пошук специфічних маркерів, які допоможуть оцінити серцево-судинний ризик хворих з ХСН на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ). На відміну від уже добре вивченого біологічного маркера мозкового натрійуретичного пептиду (МНП) і його ролі в ранній діагностиці та лікуванні серцево-судинних захворювань, дані по вивченню поліморфізму гена МНП (T-381C) і можливого впливу поліморфних варіантів даного гену на рівень пептиду в плазмі крові на сьогодні активно вивчаються дослідниками.

Мета: Дослідити рівні плазмової концентрації МНП у чоловіків 40-60 років з ГХ, що зумовлена ХСН II А стадії при носійстві поліморфних варіантів гена МНП (T-381C).

Матеріали і методи: Обстежено 129 чоловіків 40-60 років, мешканців Подільського регіону України. З них 79 чоловіків без серцево-судинної патології, середній вік яких становив $(49,01 \pm 0,73)$ років, склали групу контролю та 50 хворих з ГХ III стадії з клінічними ознаками ХСН II А стадії за класифікацією М.Д. Стражеска - В.Х. Василенка, що увійшли до основної групи, середній вік $(50,14 \pm 0,99)$ років яких не відрізнявся від віку чоловіків з групи контролю. Генотипування гена МНП проведено із застосуванням ПЛР після виділення геномної ДНК з лейкоцитів венозної крові. Концентрації МНП в плазмі крові визначались за допомогою ІФА.

Результати: У представників групи контролю частота зустрічальності генотипу T381T гена МНП складає 31,65% (n=25), генотипу T381C - 49,37% (n=39), генотипу C381C - 18,90% (n=15) ($p_{cc-тt} > 0,05$; $p_{tc-cc} \leq 0,05$; $p_{tc-тt} > 0,05$). Серед пацієнтів з основної групи дослідження частота зустрічальності генотипу T381T гена МНП складає 42,00% (n=21), генотипу T381C - 46,00% (n=23), генотипу C381C - 12,00% (n=6) ($p_{cc-тt} > 0,05$; $p_{tc-cc} \leq 0,05$; $p_{tc-тt} > 0,05$). В ході статистичного аналізу в зв'язку з малою чисельністю гомозигот C381C було об'єднано гетерозигот T381C та гомозигот C381C в спільну групу – носіїв алелі С. Серед чоловіків, представників групи контролю так і хворих з ГХ III стадії у носії генотипу T381T гена МНП рівні плазмової концентрації МНП (відповідно $15,95 \pm 0,69$ пг/мл та $156,00 \pm 6,99$ пг/мл) вірогідно нижчі, ніж у носіїв алелі С (відповідно $24,41 \pm 0,48$ пг/мл та $207,50 \pm 5,70$ пг/мл) ($p < 0,0001$).

Висновки: У чоловіків 40-60 років, мешканців Подільського регіону України представників контрольної групи та хворих з ГХ III стадії, що зумовлена ХСН II А стадії домінує генотип T381C гена МНП. Діагностичне значення має те, що у носіїв генотипу T381T рееструються достовірно нижчі рівні МНП в плазмі крові, як серед представників контрольної групи так і хворих з ознаками ХСН II А стадії, ніж у носіїв алелі С гена МНП. Це потрібно враховувати при застосуванні МНП, як маркера ХСН для диференційної діагностики синдрому ядухи при різних захворюваннях.

А.О.Лунина, А.П.Великий

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СЛУЧАЄВ НЕГОСПИТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНИИ: ФАКТОРЫ РИСКА ДВУСТОРОННЕГО ПОРАЖЕНИЯ.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства

Е.В.Авдеева (доц.)

Актуальность: Негоспитальная пневмония (НП) относится к наиболее частым бактериальным инфекциям человека и является самой частой причиной смерти среди инфекционных заболеваний. Но даже при отсутствии угрозы жизни пациенту, пневмония представляет собой социально-экономическую проблему, поскольку требует своевременного и достаточного по продолжительности комплексного лечения.

Цель исследования: определение факторов риска двустороннего поражения легких.
Материалы и методы исследования: анализ 150 историй болезни с клиническим диагнозом "Негоспитальная пневмония".

Результаты: нами было проанализировано 150 историй болезни пациентов с НП. Все больные имели среднюю степень тяжести течения заболевания. Из них, 131 (87%) имели одностороннее расположение патологического процесса. У 19 больных (13%) пациентов имелась НП с двусторонним поражением легких. При анализе данных пациентов с двусторонней НП получено: возраст (51 ± 6) лет; мужчин - 12 (63%), женщин - 7 (36%); курильщики - 14 чел. (73%); предшествующая ОРВИ у 15 чел. (78%). Длительность догоспитального периода составила (12 ± 2) день. У всех больных имела место сопутствующая патология: ХОЗЛ - 8 (42%), ГБ-12 (63%), ИБС - 5 (26%), СД - 3 (14%). Лихорадка и явления интоксикации были выявлены у всех больных. При анализе результатов исследования периферической крови выявлено у подавляющего большинства больных отсутствие характерного для бактериальной инфекции воспалительного ответа: лейкоциты ($6,9 \pm 2,5$) $\cdot 10^9$, нейтрофилы сегментоядерные - (58 ± 11)%, нейтрофилы палочкоядерные - (6 ± 3)%, лимфоциты - (36 ± 7)%, моноциты - (13 ± 5)%, СОЭ (26 ± 6) мм/час; протеинурия (менее 1.0 г/л) - 8 чел. (42%), длительность госпитализации (15 ± 2) дня.

Выводы: у большинства больных исследуемой группы манифестация заболевания начиналась с признаков ОРВИ с последующим проявлением второй волны ухудшения состояния и развитием признаков легочного поражения. Таким образом, одним и наиболее значимых факторов риска двустороннего распространения патологического процесса в легких при НП являются ОРВИ. Вирусная инфекция является одним из ключевых моментов в снижении реактивности организма, что подтверждается характерными изменениями со стороны периферической крови. Кроме того позднее обращение за медицинской помощью, коморбидные состояния, курение на фоне дисрегуляции иммунного ответа способствуют значительному распространению патологического процесса в легочной ткани. Это все приводит к необходимости увеличения сроков антибактериальной терапии и продолжительности пребывания больного в стационаре.

Е.Г. Луцу

СУЧАСНІ ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНІ ЗАСОБИ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОЗАПАЛЬНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Кафедра дерматовенерології

М.П. Перепічка (к.мед.н., доц.)

ВДНЗ "Буковинський державний медичний університет"

м. Чернівці, Україна

Актуальність теми: Актуальним завданням клінічної дерматології є оптимізація лікування хворих на гострозапальні дерматози (екзема, токсикодермії), які характеризуються поширеним ураженням шкіри, частими рецидивами і зниженням працездатності пацієнтів, що обґрунтовує їх медичне та соціальне значення.

Мета роботи: дослідити та підвищити ефективність лікування хворих на гострозапальні дерматози (екзема, токсикодермії) шляхом призначення в їх комплексній терапії сучасного дезінтоксикаційного засобу із вмістом високодисперсного кремнію діоксиду.

Матеріали та методи: Спостерігали 57 хворих на гострозапальні дерматози (з них 35 - на екзему, 22 - токсикодермії) віком від 19 до 67 років, які у процесі лікування були розподілені на дві групи: порівняльну (28 хворих, з них 18 - на екзему і 10 - токсикодермії), яким призначали стандартне лікування, та основну (29 хворих, з них 17 - на екзему і 12 - на токсикодермії), яким у комплексній терапії призначали ентеросорбент ІV покоління на основі діоксиду кремнію (у вигляді суспензії тричі на добу за 1 годину до їжі та прийому інших лікарських засобів упродовж 15 днів), що володіє виразним сорбційним ефектом, виявляє дезінтоксикаційну та протиалергічну дію.

Результати дослідження: За нашими клінічними спостереженнями у хворих на екзему та токсикодермії з основної групи, які в комплексному лікуванні отримали ентеросорбент ІV покоління на основі діоксиду кремнію, у більш ранні терміни відбулося зменшення свербіжу (у середньому на 3-5 днів раніше, ніж у хворих із групи порівняння), припинення мокріння у хворих на екзему (на 3-4 днів) та регрес гострозапальних елементів висипки (на 5-6 днів) зі скороченням термінів їх лікування (у середньому на 5-7 днів). Після завершення лікування серед хворих на екзему основної групи стан клінічного одужання констатовано у 11 (64,7%) осіб, значне покращення і покращення - у 6 (35,3%) пацієнтів (серед хворих групи порівняння відповідно: у 47,1% та 52,9%), серед хворих на токсикодермії основної групи - у 83,3% та 16,7% (у групі порівняння відповідно: у 60,0% та 40,0%).

Висновок: Включення ентеросорбенту на основі високодисперсного діоксиду кремнію до комплексного

лікування тяжких форм екзема та токсикодермій з тривалим хронічним перебігом та частими загостреннями підтверджує високу клінічну ефективність, безпечність препарату діоксиду кремнію і він може бути рекомендований для лікування хворих, які страждають на екзема та токсикодермії.

Ю.М. Лях

ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГОСТРОЇ EBV-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Л.С. Медведєва (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Згідно статистичних даних ВООЗ поширеність EBV-інфекції серед дорослого населення складає близько 90%. Довічна персистенція збудника в організмі є причиною періодичної реактивації інфекційного процесу та поліморфізму клінічної картини. Субклінічні та інапарантні форми, майже повна ідентичність симптоматики захворюванням іншої етіології приводить до діагностичних помилок та вибору неправильної тактики лікування.

Мета: Вивчити поширеність типових та атипичних клінічних форм гострої EBV-інфекції серед дорослого населення Вінницької області, оцінити ступінь тяжкості та тривалість перебігу захворювання відповідно до клінічної картини.

Матеріали та методи: В ході наукової роботи було обстежено 36 пацієнтів зі встановленим діагнозом гострої EBV-інфекції. Середній вік пацієнтів склав 26,3 роки. Більшу частину хворих становили чоловіки – 25 (69,4%). Методом імуноферментного аналізу (ІФА) у всіх пацієнтів було встановлено серопозитивність по відношенню до вірусу Епштейн-Барра. Діагноз було підтверджено на основі виявлених ДНК збудника методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Матеріалами для дослідження виступала кров, зішкреби з слизової оболонки ротової порожнини та мигдаликів. Всім пацієнтам було проведено загальноклінічні методи обстеження. Додатково при атипичних формах EBV-інфекції проводилось УЗД ОЧП та малого тазу, СКТ ОГК, спірографія, рентгенографія ОГП.

Результати: Поширеність типових форм захворювання в обстеженій групі пацієнтів склала – 66,6%, відповідно атипичних – 33,4%. Найбільш розповсюдженими були такі варіанти атипичної гострої EBV-інфекції: респіраторна (25%), кишкова (16,7%) форми, з яких клінічна картина в 8,3% випадків відповідала псевдоапендикулярному, токсико-алергічному (8,3%) та змішаному (41,7%) варіантам. У 2 (8,3%) пацієнтів з типовою формою ступінь тяжкості захворювання відповідав легкому, 19 (79,2%) – середньої тяжкості, 3 (12,5%) – тяжкому. Відповідно за тривалістю перебігу 17 (70,3%) – гострому, 3 (12,5%) – підгострому, 4 (16,7%) – затяжному. При атипичних формах легкий ступінь тяжкості спостерігався в 2 (16,7%) випадків, середньої тяжкості – 8 (66,7%), тяжкий – 2 (16,7%). Тривалість перебігу: гострий – 9 (75%), підгострий – 1 (8,3%), затяжний – 2 (16,7%). В переважній більшості випадків головним клінічним критерієм респіраторної форми гострої EBV-інфекції виступав фарингіт з ознаками інтоксикаційного синдрому. При кишковому варіанті симптоми захворювання, як правило, не відповідали ступеню тяжкості, а на гостру EBV-інфекцію вказували тільки результати загального аналізу крові (ЗАК). При псевдоапендикулярній формі відмічалось ураження регіональних лімфатичних вузлів без ознак запалення, з відповідними змінами гемограми. У пацієнтів з токсико-алергічним варіантом захворювання єдиним клінічним проявом були екзантеми в сукупності зі змінами в ЗАК.

Висновки: Висока поширеність атипичних форм гострої EBV-інфекції серед дорослого населення Вінницької області вказує на необхідність проведення диференційної діагностики між захворюваннями дихальної системи, шлунково-кишкового тракту, дерматовенерологічними патологіями та, навіть, симптоматикою гострого живота.

В.М. Ляшик

ДІАГНОСТИКА ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ: ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НАЙПОШИРЕНІШИХ МЕТОДІВ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.Ф. Шкондіна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хелікобактеріоз - одна з найпоширеніших хронічних інфекцій людини. За даними літератури в країнах, що розвиваються, у віці до 20 років інфіковано від 10,0% до 75,0 % населення, а у віці 20 - 40 років - 64,0-96,0 %, тоді як у розвинутих країнах відповідно - 6,0-39,0% та 7,0-54,0% всього населення. Інфекція *Helicobacter pylori* (H.p.) розглядається, як безпосередній етіологічний фактор розвитку хронічного атрофічного гастриту (ХАГ) і пілоро - дуоденіту (ПД), та як один із можливих факторів, діючих переважно місцево, в загальній схемі патогенезу виразкової хвороби шлунка (ВХШ) та виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХДПК). При вивченні результатів лікування різних форм ХАГ, ВХШ, ВХДПК, спостереженні та

співставленні перебігу цих захворювань в динаміці на фоні фізіотерапевтичного та медикаментозного лікування виникла необхідність в оцінці діагностики інфекції Н.р..

Мета: Порівняльна оцінка чутливості та специфічності інвазивних та неінвазивних методів діагностики Н.р.-інфекції та визначення пріоритетності того чи іншого методу при виборі фізіотерапевтичного та медикаментозного лікування.

Матеріали та методи: Для встановлення ведучого захворювання ШКТ використано клініко-анамнестичний метод. Для макроскопічної верифікації діагнозу ХАГ та ВХДПК, як основний метод використовувалася езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС). В якості інвазивних методів визначення Н.р. застосовувались швидкий уреазний тест (ШУТ) та цитологічне дослідження біоптатів (ЦДБ), в якості неінвазивних - дихальний «Хелік»-тест та імуноферментний аналіз (ІФА).

Результати: За даними ШУТ Н.р. виявлено у 89,3% пацієнтів, ЦДБ - у 75,0% пацієнтів, «Хелік» - у 92,9% пацієнтів, ІФА – у 75,0% пацієнтів. Отримані показники корельовано з результатами досліджень різних дослідницьких груп та знаходяться в межах загально визначених стандартів. Розходження результатів дослідження в межах 14,3 - 17,9% груп пов'язане з позитивними результатами ШУТ та «Хелік», які є більш чутливими до Н.р.

Висновок: Те, що результати ШУТ та «Хелік» - тесту були позитивними в 89,3% та 92,9% відповідно, в порівнянні з двома іншими методами — ЦДБ (75,0%), ІФА (75,0%) свідчить про їхню високу чутливість до продуктів життєдіяльності мікроорганізму Н.р., і аж ніяк не про низьку специфічність цих аналізів, яка за даними дослідження була стовідсотковою. Отже, для більш точної діагностики Нр - інфекції бажано застосовувати, як мінімум, два методи визначення Н.р. в слідуючих комбінаціях: ЦДБ+ «Хелік»; ШУТ+ «Хелік». ІФА, як найменш інформативний метод Н.р. - діагностики рекомендується застосовувати по формулі 2+1, наприклад, (ШУТ + «Хелік») + ІФА, або як альтернативний при неможливості проведення інших методів.

О.Ю. Макарицька

ГЕНЕТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра внутрішньої медицини №2

О.А. Коробко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день відомо понад 1100 нозологічних форм спадкових захворювань. Близько 5,5 % дітей в усьому світі народжуються з генетичним дефектом. Загальна поширеність вродженої і спадкової патології в Україні серед живонароджених за 2014 р. становила 28,29 %, з яких 27,32% – вроджені вади розвитку, 0,97 % – хромосомні хвороби. Значний прогрес у розвитку медицини та суспільства дає можливість збільшити число виявлення захворюваності, смертності та соціальної дезадаптації серед пацієнтів з генетично обумовленою патологією. Оскільки нормальне функціонування організму забезпечується одночасною роботою значної кількості взаємопов'язаних генів, мутації навіть в одному з них можуть обумовлювати зміни всієї системи. З віком може змінюватися «профіль» спадкової патології, що свідчить про взаємозв'язок генетичних дефектів із соматичною патологією.

Мета: оцінити клінічні прояви патології внутрішніх органів, ефективність лікування та можливість попередження ускладнень у пацієнтів з генетичними дефектами.

Матеріали та методи: Аналіз скарг, анамнезу, результатів фізикальних, інструментальних та лабораторних досліджень для оцінки ролі генетичної патології в перебігу захворювання та встановлення лікувальної тактики.

Результати: На базі Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М. І. Пирогова нами було обстежено 2-є осіб з генетичними захворюваннями: жінка 22 років з синдромом Шерешевського-Тернера та чоловік 19 років з синдромом Нунан. Після ретельного обстеження було встановлено, що обидва пацієнти мають патологію з боку серцево-судинної системи у вигляді кардіоміопатії, що належить до некласифікованого типу, пов'язаного з генними дефектами. При цьому, за рахунок мутації гена скорочувальних білків міокарда виникає недостатнє ущільнення тканин під час внутрішньоутробного розвитку і, як наслідок, порушення функції. В обох осіб також відмічається пролапс мітрального клапана, який згідно з базою даних спадкових хвороб ORPHANET є головною діагностичною ознакою більше 50 спадкових синдромів. При проведенні каріотипування ми отримали наступні результати: у жінки – каріотип 45 XO[4]/46 XX[10], що свідчить про мозаїчний варіант синдрому Шерешевського-Тернера, у чоловіка – каріотип 46 XY, що є показником норми, але наявні зміни фенотипу, характерні для синдрому Нунан.

Висновок: Таким чином, огляд літератури та аналіз клінічних випадків хворих з генетичною патологією (синдромами Шерешевського-Тернера та Нунан) дає можливість зробити висновок, що більшість таких станів перебігають з патологією серцево-судинної системи в дорослому віці у вигляді кардіоміопатії некласифікованого типу та пролапсу мітрального клапану, потребують постійного медичного спостереження та корекції лікування з метою попередження ускладнень та прогресу захворювання.

О.Ю. Макарицька, В.М. Ляшик
**ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ВІБРАЦІЙНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ПРАЦІ З
ДЖЕРЕЛАМИ ВІБРАЦІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

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

Актуальність: За даними Міжнародного бюро праці в світі щорічно виникає 270 мільйонів (млн.) нещасних випадків на виробництві, 160 млн. професійних захворювань, 355 тисяч (тис.) працівників гине безпосередньо на робочому місці, а 2 млн. - у зв'язку з наслідками виробничої діяльності. В Україні, з ринковою економікою на 10,4 тис. працівників, виникає один смертельний нещасний випадок, а щороку вперше реєструють близько 6 тис. професійних захворювань. За нозологічними формами перше місце в структурі професійної патології займають захворювання від впливу шуму та фізичного перенавантаження – 28%. Вібраційна патологія – на другому мусті – 20%. Така невтішна статистика пов'язана, насамперед, зі старінням основних виробничих фондів і технологічного обладнання, скороченням об'ємів капітального і профілактичного ремонту промислових підприємств, споруд, машин, відсутністю суттєвого інвестування, що призводить до різкого скорочення обсягів робіт і фінансування заходів, щодо поліпшення умов праці.

Мета: Проаналізувати ризик виникнення вібраційної хвороби у працівників виробництва та запропонувати заходи щодо її профілактики.

Матеріали та методи: Якісна та кількісна оцінка ризиків виконувалася за допомогою комп'ютерних програм – імовірнісних кодів з використанням моделі дерева відмов (ДВ), зокрема IRRAS. Для розрахунку імовірності захворювання вібраційною хворобою використовували імовірності базисних подій, отримані з літературних джерел та даних статистики.

Результати: Дерево відмов - це логічне представлення ймовірних відмов системи, що можуть відбуватися і призводити до небажаної події (НП). В наших дослідженнях, НП було захворювання на вібраційну хворобу, що представлялося на вершині ДВ. Схема ДВ визначає логічні комбінації базисних подій, що призводять до максимальної відмови. IRRAS на основі ДВ проводить аналіз системи, визначає мінімальні перетини та імовірність відмови системи. Найбільш небезпечними виявилися такі сполучення подій: при прийомі на роботу не проводився попередній медичний огляд, не враховувалися медичні висновки щодо індивідуальних властивостей організму, супутніх захворювань, не збалансовані конструктивні елементи обладнання, невідповідність двигунів санітарно-гігієнічним вимогам щодо параметрів вібрації, відсутній контроль за умовами праці. Побудова дерева відмов, як моделі випадкового процесу, дозволила нам здійснити вибір варіантів ефективного управління ризиком, і як результат, зменшити рівень захворюваності на вібраційну хворобу.

Висновок: За допомогою дерева відмов ми виявили основні чинники ризику захворювання вібраційною хворобою та вибрали дієві варіанти управління даним явищем. Для зменшення імовірності цієї професійної патології необхідно: використовувати додаткові заходи боротьби з вібрацією машин, обов'язково проводити попередній медичний огляд при прийомі на роботу, посилити увагу щодо контролю за умовами праці, застосовувати спецодяг, рукавиці з вкладками та прокладки, періодично проводити санітарно-просвітню роботу.

А. Надір Мухамед

ВПЛИВ ПОРУШЕННЯ БІОРИТМІВ НА ЖИТТЯ ТА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ЛЮДИНИ

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Бондарчук (ас.)

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

Актуальність: Дослідження впливу часу на людський організм впливає прямим чином на працездатність та здоров'я населення, а в глобальному плані на економічний стан країни.

Мета: оцінити вплив порушення біоритмів людини на стан здоров'я та працездатність населення і рекомендувати оптимальний графік робочого дня.

Матеріали та методи: Нами проведений аналіз Трудового кодексу України, статистичних даних щодо відпустки у різних країнах світу (Франції, США, Англії, Німеччини, Канади), літературні дані (65 джерел).

Результати: Порушення біоритмів згубно впливає на життя та гомеостаз людини. Спостерігається пряма залежність між синхронізацією біоритмів у людини з нормальним рівнем секреції мелатоніну та підвищенням її. Отримані дані про порушення біоритму, а саме порушення секреції мелатоніну дають підставу стверджувати, що це згубно впливає на ріст онкозахворювань, статеву функцію, викликаючи розлади (безпліддя, невиношування), викликаючи імунну супресію (часті інфекції), психічні розлади та нервові (депресію, неврози, дезорієнтацію в часі, безсоння), передчасне старіння працівників ожиріння (через здатність рецепторів

реагувати на інсулін).Робочий день працівника повинен охоплювати піки працездатності з 10-12 години та з 16-18 години, також ми повинні враховувати тип працездатності людини. В середньому, щоб дізнатись оптимальний графік роботи до першого піку працездатності потрібно додати 2 години після , тобто з 8:30-18:00 з перервою на обід з 14:00-15:00 через активізацію роботи тонкого кишечника в цей період. При порівнянні часу робочого графіку в Україні (40 годин на тиждень) та у країнах Європи: Німеччина- 38, Данія - 37,5, Франція - 35 годин та в США від 34,6-40 спостерігається обернено пропорційна залежність між часом роботи та економічним станом країни. Необхідно враховувати і біоритмологічні типи жайворонки складають 33% всього населення, сови - 17%, а от інші відносяться до проміжного типу і мають однакову працездатність і вранці і ввечері, їх називають голуби, або аритміки.У сов найбільша активність починається після полудня, а пік активності настає до 21-22-ї години. У жайворонків пік активності припадає на 10-11-ту годину ранку і триває до 15-ої.

Висновок: Збільшення працеспроможного населення можливе лиш тоді, коли забезпечується адекватний цикл активності та сну та за умови узгодженості біоритмів людини. Необхідний індивідуальний підхід до створення робочого графіку, враховуючи тип працездатності і активності типи та загальні фізіологічні процеси людського організму .

М.С. Назарова

ВМІСТ РФМК У ХВОРИХ ІХС ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЛАБОРАТОРНИХ МАРКЕРІВ АФС

Кафедра внутрішньої медицини №1

М.А. Станіславчук (д.м.н., проф.)

Л.В. Бурдейна (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороби системи кровообігу, зокрема ішемічна хвороба серця (ІХС), є основною причиною смертності, захворюваності та інвалідності працездатного населення. Найбільший приріст частоти виникнення ІХС припадає на розвиток її гострих форм, особливо інфаркту міокарда (ІМ). Активація систем зсідання крові та поява розчинного фібрину і мікрозгустків при ІХС супроводжуються активацією фібринолітичної системи, що призводить до підвищення вмісту розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК) - продуктів деградації фібриногену/фібрину в плазмі крові людини. Вони діють на всі ланки системи гемостазу: підвищують проникність стінок судин, впливають на процес агрегації тромбоцитів, синтез фібриногену, активацію системи фібринолізу.

Мета: Вивчити показник гемостазу - РФМК в групах чоловіків з ІХС, які перенесли ІМ, з різним рівнем антифосфоліпідних антитіл (аФЛ) в сироватці крові.

Матеріали та методи: Обстежено 50 хворих ІХС чоловічої статі із післяінфарктним кардіосклерозом. Вміст сумарних антифосфоліпідних антитіл (АФАТ) - антитіл до кардіоліпіну, фосфатидилсерину, фосфатидилінозитолу, фосфатидилової кислоти в сироватці крові визначали імуноферментним методом (набір "Anti-Phospholipid Screen IgG/ IgM" (Orgentec Diagnostika GmbH, Німеччина)) у відповідності до інструкції фірми-виробника. Вміст сумарних антитіл класів IgG, IgM, IgA до β_2 -глікопротеїну I (β_2 -ГП-I) в сироватці крові визначали імуноферментним методом (набір "Anti- β_2 -Glycoprotein I Screen" (Orgentec Diagnostika GmbH, Німеччина)) у відповідності до інструкції фірми-виробника. Вміст РФМК в плазмі крові визначали у паракоагуляційному тесті з використанням фосфатних буферів.

Результати: Вивчено рівень маркера розвитку внутрішньосудинного мікрозсідання крові у хворих ІХС, які перенесли ІМ. Встановлено достовірну різницю в рівнях РФМК у хворих при наявності АФАТ класу IgG та АТ класів IgG, IgM, IgA до β_2 -ГП-I в сироватці крові та хворих з відсутністю маркерів АФС. Констатовано, що середній рівень РФМК у хворих прогресивно збільшувався із зростанням рівня АФАТ класу IgG та АТ класів IgG, IgM, IgA до β_2 -ГП-I в сироватці крові ($r=0,68$ та $r=0,60$, $p<0,001$ відповідно).

Висновки: Результати нашого дослідження показали можливий взаємозв'язок біохімічних маркерів АФС у хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом з активацією системи згортання крові. Виявлені кореляції біохімічних маркерів АФС з рівнем РФМК в плазмі крові у хворих ІХС, які перенесли ІМ, є важливим для розуміння ролі аФЛ у патогенетичних механізмах атерогенезу.

А.І. Новак

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОПІСТОРХОЗУ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.В. Кириленко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Опісторхоз - біогельмінтоз, що вражаєжовчовивідні шляхи,печінку, жовчний міхур, протоки підшлункової залози. Ендемічними є Полтавська і Сумська область, басейни річки Дніпро та її

приток. Особливий гідрологічний режим (велика кількість озер, водоймищ, річок) забезпечує стійке функціонування осередку цієї інвазії, якому сприяє також існування численних біотопів проміжного хазяїна паразита, поширення любительської риболовлі, значна питома вага риби у харчовому раціоні населення, вживання сирої риби та рибних відходів плодючими тваринами.

Мета: Проаналізувати клінічний випадок опісторхозу на прикладі історії хвороби Б. 1977 р.н., встановити особливості його клінічного перебігу, показати важливість цього захворювання поза ендемічними осередками та серед соматичних хвороб.

Матеріали та методи: медична карта стаціонарного хворого № 168 Б. 1977р.н. Методи дослідження: клініко-анамнестичні, лабораторні біохімічні дослідження, імуноферментний аналіз, копроовоскопія, дуоденальне зондування, фіброгастродуоденоскопія, ультразвукове дослідження.

Результати: В результаті повноцінного обстеження було виявлено клінічні синдроми враження гепатобіліарної системи: больовий (больючість в правому підребер'ї, позитивні міхурові симптоми), біліарної диспепсії (гіркий присмак в роті, важкість в правому підребер'ї), жовтяничний (субіктеричність склер), холестази (свербіж шкіри), астеновегетативний (загальна слабкість), алергічний (ін'єкція судин кон'юнктиви, дрібний висип). При лабораторно-інструментальному дослідженні було виявлено: еозінофілія крові (10%), гіпербілірубінемія (21,6 мкмоль/л), яйця опісторхісів при копроовоскопії, антитіла до *Opisthorchis felinus* методом ІФА (5,95), при дуоденальному зондуванні в порції В виявлено яйця опісторхісів, помутніння жолчі, слиз, лейкоцити, пластівці, гіперкінетична дискінезія ЖВШ; при УЗД ОЧП – холангіохолестит, панкреатит; при ФГДС – катаральний гастрит.

Висновки: Важливо пам'ятати про життєвий цикл паразита, щоб визначити топіку ураження, яка часто маскується під соматичне захворювання. Тому для діагностики потрібно оцінювати весь комплекс клінічних симптомів, епідеміологічний анамнез та додаткові дослідження, а також пам'ятати про найбільш поширені гельмінтози та специфічні тести їх виявлення. Поза ендемічними осередками спостерігаються окремі спорадичні випадки опісторхозу, що переважно мають латентний перебіг. Зманіфестних форм хвороби найчастіше виявляється холангіохолестит. Вирішальну роль у діагностиці опісторхозу має копроовоскопія (100 %) та дуоденальне зондування. Групу ризику складають рибалки та члени їх сімей (71,9 %). Основним фактором передачі є солена та в'ялена риба родини коропових.

М.О. Онищук, Т.В. Динис

ПИТАННЯ КОМПЛІАНСУ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Г.К. Берко (к.мед.н., доц.), Г.О. Мовчан (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Фібриляція передсердь (ФП) - найбільш поширене стійке порушення серцевого ритму – є важливим фактором ризику тромбоемболічних ускладнень, зокрема, інсульту. Відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України, принципове значення у терапії ФП для профілактики тромбоемболічних ускладнень має антитромботична терапія.

Мета дослідження: Вивчити комплаєнтність антикоагулянтної терапії у хворих на фібриляцію передсердь.

Матеріали та методи: Для оцінки відповідності тактики антитромботичної терапії пацієнтів з ФП рекомендаціям Асоціації кардіологів України з урахуванням ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень, проведено опитування 82 пацієнтів з неклапанною ФП, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні БОКЛ ім. М.І.Пирогова у 2016р з використанням опитувальників CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc та HAS-BLED. Середній вік хворих становив 58,1±2,7 років, 52 пацієнти - чоловіки. Постійна форма ФП спостерігалась у 56 хворих, персистуюча - у 17 хворих, пароксизмальна форма - у 9 хворих. У обстежуваній групі було проведено стратифікацію ризику тромбоемболічних ускладнень за міжнародною шкалою CHADS₂ та CHA₂DS₂-VASc. Максимальна кількість балів за CHADS₂ складає 6, при цьому 0 балів класифікується як низький ризик, 1-2 бали – помірний, більше 2 - високий. Наявність у пацієнта мінімум 2 балів за CHADS₂ є показанням для призначення оральної антикоагулянтної терапії (ОАК), що приводить до зниження відносного ризику на 39% у порівнянні із прийомом аспірину.

Результати дослідження: У обстеженій групі 97,6% пацієнтів мають ризик 2 та більше балів, середній ризик становить 3,7 балів (за опитувальником CHADS₂) та 4,6 балів (за CHA₂DS₂VASc), тобто, цим пацієнтам показано призначення ОАК. Ризик геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLED становив 2,6 балів, при цьому був високим (3 бали та більше) у 56% пацієнтів. Проведені нами опитування показали, що з усіх обстежених пацієнтів, яким було рекомендовано застосування ОАК, отримують їх лише 48, з них 45 знаходяться на терапії варфарином, 3 – ривароксабаном (ксарелто), який не потребує контролю міжнародного нормалізаційного індексу (МНІ). Серед обстежених пацієнтів, які отримують варфарин та потребують регулярного контролю МНІ, тільки 5 регулярно контролюють рівень МНІ, 8 – контролюють нерегулярно, 15 здавали аналізи під час підбору дози варфарину, інші 14 пацієнтів не контролюють рівень МНІ і не пам'ятають

про необхідність його контролю.

Висновки: Основною проблемою з боку пацієнтів при прийомі варфарину є необхідність постійного контролю рівня МНІ для корекції дози та дотримання комплаєнсу. Серед причин, що заважають адекватному контролю застосування ОАК пацієнтами та приводять до відмови від прийому варфарину, найчастіше зустрічаються: недостатня обізнаність пацієнтів щодо важливості контролю МНІ, віддаленість лабораторій для населення сільської місцевості, відносна висока вартість аналізу МНІ, необхідність регулярного контролю.

Є.Г. Отрубчак

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗУ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

А.А. Наліжитий (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Оніхомікоз – одна з частих патологій людини. Численні скринінгові дослідження у світі та Україні показали, що ураження нігтів патогенними грибами зустрічаються у 25% дорослого населення Землі, кожний п'ятий мешканець планети інфікований. У Європі та Україні цей показник, за даними різних дослідників, становить від 20% до 70%. Серед інфікованих патогенними грибами переважають чоловіки віком 50 років та старше. Небезпечність мікозів зумовлена хронічним і торпідним перебігом, постійним інфікуванням оточення, алергізацією організму та шкіри, асоціацією грибів з іншими мікроорганізмами, що взаємно посилює їх патогенні і сенсibiliзуючі властивості.

Мета: розробка комплексного лікування хворих на оніхомікоз, дослідження ефективності протигрибкової терапії, спостереження за відновленням ураженого нігтя.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходилось 5 хворих на оніхомікоз, з тривалістю захворювання від 2 до 11 років. Вік пацієнтів коливався від 45 до 64 років. Відмічалась поява жовто-коричневих плям на нігтьових пластинах, їх розшаровування, потовщення, обламвання та руйнування. При лабораторному дослідженні перед початком лікування в усіх пацієнтів були виявлені спори та міцелії грибів в нігтьових пластинах. Усі пацієнти отримували комплексне етіопатогенетичне лікування, що включало в себе: Ітраконазол (2 таб. 2 р/д після їжі - 7 днів, 3 курси з перервою між курсами 3 тижні), АЕвіт (1 капс. 2 р/д 1міс. під час їжі), Декамевіт (1 таб. 2 р/д 1 міс. під час їжі), Фолієва кислота (1 таб. 2 р/д 1 міс. між прийомом їжі), Волвіт (1 таб. 1 р/д 2 міс.), Естезифін розчин (2 краплі р/д на нігті стоп 2 міс.).

Ефективність терапії оцінювалась на основі динаміки клінічних проявів захворювання і даних мікроскопічного методу дослідження.

Результати: Перед призначенням курсу лікування було проведено мікроскопічне дослідження, за результатами якого було виявлено спори та міцелії грибка в нігтьовій пластинці. Через місяць ніготь відновився на 3 мм, через 2 місяці до 5 мм, через 3 місяці до 7 мм, що свідчить про позитивну динаміку захворювання. Після закінчення призначеного 3-місячного курсу лікування спори та міцелії грибка в нігтьових пластинках хворих не виявлялись.

Висновки: Комплексний підхід до лікування оніхомікозу із застосуванням Ітраконазолу, АЕвіту, Декамевіту, Фолієвої кислоти, Волвіту та Естезифіну дає можливість підвищити клінічну ефективність лікування, скоротити терміни застосування лікарських засобів, знизивши тим самим ризик розвитку побічних ефектів і збільшити безпеку лікування для хворого.

Н.С. Павленко, І.С. Шакаєва

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ КЕТОЗУ ТА КЕТОАЦИДОЗУ У ХВОРИХ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

З.П. Ніжинська-Астапенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діабетичний кетоацидоз (ДКА) – патологічний стан, який виникає при декомпенсованому цукровому діабеті (ЦД), різкому дефіциті інсуліну, що проявляється розвитком гіперглікемії, гіперкетонемії та формуванням метаболічного ацидозу. Не дивлячись на прогрес в діагностиці та лікуванні ЦД 1 і 2 типів, ДКА все ще залишається серйозною клінічною проблемою, адже він призводить до підвищення частоти летальних випадків у хворих на ЦД, тому вивчення епідеміології етіологічних чинників є досить актуальним.

Мета: вивчити структуру етіологічних чинників виникнення кетозу та ДКА у хворих на ЦД 1 і 2 типів серед населення Подільського регіону.

Матеріали і методи: Було досліджено 130 хворих, які були госпіталізовані з 2008 по 2014 роки, з них на ЦД 1 типу - 90, ЦД 2 типу – 40, які мали ускладнення кетоз та ДКА. Вікова структура 9-65 років, середній вік хворих 33±2,4 роки. Аналіз та узагальнення даних історій хвороб пацієнтів на ЦД Подільського регіону та науково-медичної літератури.

Результати: Провівши аналіз даних історій хвороб, ми вивчили структуру епідеміологічних чинників серед хворих на ЦД Подільського регіону. Серед хворих на ЦД 1 типу у 31 пацієнтів (34,4%) – порушення дієти, у 20 пацієнтів (22,2%) – вперше виявлений ЦД, у 18 пацієнтів (20%) – супутні захворювання, у 15 пацієнтів (16,7%) – порушення організації інсулінотерапії, у 3 пацієнтів (3,33%) – вживання алкоголю, у 2 пацієнтів (2,2%) – фізичне та психічне перенапруження, у 1 пацієнта (1,1%) – хірургічні втручання. Серед них ДКА з поліетіологічним чинником у 28 пацієнтів (31,1%).

Серед хворих на ЦД 2 типу у 14 пацієнтів (35%) – вперше виявлений ЦД, у 9 пацієнтів – супутні захворювання (22,5%), у 8 пацієнтів (20%) – порушення дієти, у 7 пацієнтів (17,5%) – порушення організації інсулінотерапії, у 2 пацієнтів (5%) – фізичне та психічне перевантаження, а таких етіологічних чинників як вживання алкоголю, хірургічні втручання та поєднання цих факторів серед досліджуваних хворих з ЦД 2 типу не було виявлено.

Висновок: За даними світової літератури ЦД 1 типу у 17% пацієнтів дебютує у стані кетозу та ДКА, а у нашому дослідженні ще частіше – 22,2% , але етіологічний чинник такий як порушення дієти переважав і становив – 34,4%. Щодо ЦД 2 типу , то кетоз та ДКА є досить рідкісними ускладненнями, але серед відомих випадків найпоширенішими етіологічними чинниками даних станів є супутні захворювання та вперше діагностований ЦД, у даному випадку ці дані співпадають з нашими результатами дослідження: вперше виявлений ЦД – 35%, супутні захворювання – 22,5% , це свідчить, що тривалий малосимптомний перебіг ЦД 2 типу може дебютувати в стані кетозу та ДКА. Щодо найменш ймовірних етіологічних чинників серед пацієнтів ЦД 1 типу є хірургічні втручання (1,1%), тоді як серед пацієнтів з ЦД 2 типу – фізичне та психічне перевантаження (5%), в той час як вживання алкоголю, хірургічні втручання та поєднання різних етіологічних факторів серед досліджуваних хворих Подільського регіону не було виявлено при нашому дослідженні.

¹С.М. Пальчик, ²М.Б. Грузкова

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОНІЙ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

¹Кафедра рентгенології та дитячої рентгенології

І.О. Вороньжев (д.м.н., проф.)

Харківська медична академія післядипломної освіти,

²Харківський міжобласний спеціалізований медико-генетичний центр – центр рідкісних (орфанних) захворювань,
м. Харків, Україна

Актуальність: Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) – одна з найактуальніших та недостатньо вивчених проблем сучасної медицини. Незнання новітніх особливостей перебігу пневмоній на фоні дисморфогенезу сполучної тканини негативно впливає на якість діагностики та лікування, призводить до розвитку ускладнень.

Мета: оцінка візуальної картини пневмоній та їх ускладнень у дітей з ДСТ за даними променевих методів дослідження.

Матеріали та методи: Проаналізовані дані променевих методів дослідження органів грудної клітки 34 дітей з діагнозом «пневмонія» віком від 2 до 18 років з фенотипічними ознаками порушення розвитку сполучної тканини. Пацієнтам проводилась рентгенографія та за показаннями – рентгенівська комп'ютерна томографія (РКТ). Дані аналізу візуальної картини грудної клітки зіставлялися з клінічною картиною захворювання та результатами лабораторних досліджень.

Результати: По даним променевих методів дослідження переважними формами пневмонії були вогнищева (32,3%) та вогнищево-зливна (41,1%). Правобічна локалізація зазначалася у 55,8%, двобічна – у 35,2% випадків. На підставі патенту України на корисну модель № 109586 від 25.08.2016 проводили визначення ступеня тяжкості перебігу пневмонії. Суть винаходу полягає в детальному аналізі виявлених рентгенологічних змін та виконанні рентгенограмметричних вимірів та розрахунків. Перший ступінь тяжкості (поява інфільтративних змін) згідно корисної моделі був діагностований у 29,4% пацієнтів. Другий ступінь (виражених інфільтративних змін) – залучення в запальний процес альвеол, бронхіол, накопичення ексудату в альвеолах – 55,8% хворих. Третій ступінь тяжкості (ускладнень) був діагностований у 14,8% та характеризувався утворенням повітряних кіст, бронхоектазів, появою емфіземи, рецидивного пневмотораксу. Пневмонії з виявленим внутрішньоклітинним збудником (мікоплазмові та хламідійні) були діагностовані у 7 (20,5%) пацієнтів. На рентгенограмах вони характеризувались мінімальними змінами або їх суперечливістю в першу добу та супроводжувались розвитком синдрому бронхіальної обструкції. На РКТ переважно визначалась наступна візуальна картина – в перші дні центрально та базально розміщені зони інтерстиціальної інфільтрації по типу «матового» скла з підсиленням легеневого рисунка, при негативному перебігу процесу – збільшення розміру зон «матового» скла та формування ділянок консолидації. При сприятливому – інволюція зон консолидації і «матового» скла з відновленням нормальної легеневої структури або формуванням фіброзу. При затяжному перебігу захворювання спостерігалась інволюція змін з поверненням до початкового стану через 30-34 днів з формуванням зон фіброзу, утворенням бул.

Висновки: Наявність у пацієнтів дисплазії сполучної тканини в значній мірі визначає клінічну картину і

тяжкість перебігу запальних захворювань дихальної системи. За допомогою рентгенівського методу доведено, що превалює середньотяжкий або атиповий перебіг пневмонії з розвитком фіброзу та повітряних порожнин.

В.М. Панасюк

РАННЯ ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології. Курс радіології

В.В. Ясько (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак молочної залози — найбільш розповсюджене онкологічне захворювання серед жіночого населення України. За останні десятиліття минулого і на початок нинішнього століття (1962–2004 рр.) рівень захворюваності на рак молочної залози в Україні зріс від 17 600 до 58 900 осіб на 100 000 населення, або більше ніж у 3 рази. Ураження жіночого населення злоякісними пухлинами молочної залози не має тенденції до зменшення і в останні роки. Тому лікарі різних спеціальностей приділяють пильну увагу ранній діагностиці раку молочної залози, зокрема променевої діагностиці.

Мета: проаналізувати різні методи променевої діагностики, які використовують для виявлення раку молочної залози на ранніх стадіях.

Матеріали та методи: Теоретичний аналіз наукової та методичної літератури.

Результати: Найбільш актуальною раною діагностикою раку молочної залози є ультразвукова діагностика та поліпозиційна маммографія, а для більш детального уточнення діагнозу використовується магнітно-резонансна томографія.

Висновок: На сьогоднішній день залишається незаперечним лише той факт, що раннє виявлення даного онкологічного захворювання молочної залози дає набагато кращі результати для лікування та реабілітації пацієнтів.

О.А. Панібратюк

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ПРИ ЇЇ КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім.мені. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вивчення питання коморбідності ГЕРХ та хронічного панкреатиту є важливою медико соціальною проблемою, враховуючи зростання захворюваності на дані нозології. Так захворюваність на ХП у нашій державі на 2012 рік склала 226 випадків на 100 тис населення (в країнах Європи 4-8 випадків, в Росії – 27.4 – 50 випадків) Симптоми ГЕРХ спостерігаються щоденно у 4-10 % населення.

Мета: Вивчити особливості клініки та діагностики у хворих на ГЕРХ у поєднанні з ХП

Матеріали та методи: Набір пацієнтів здійснювався на базі КЗ «ЦПМСД №2 „№4» м. Вінниці та амбулаторій сімейного лікаря в межах області (в рамках консультативних виїздів кафедри). Було обстежено 48 пацієнтів (27 жін. та 21 чол.) з ГЕРХ та 51 пацієнт (31 жін. та 20 чол.) з ХП. Та 20 практично здорових осіб для групи порівняння. Нами були використані карти амбулаторного хворого, виписки зі стаціонарів, результатів дослідження (фекально еластази, ФГДС, УЗД ОЧП) Усі пацієнти проанкетовані за допомогою опитувальників GERD- Q, та GSRS. Виконувалось вимірювання pH : внутрішньошлунковий експрес pH - моніторинг; мультифокальний рефлюкс – гастрорh – моніторинг (імпеданс). Для обробки отриманих результатів був використаний статистичний метод.

Результати: Для зручності обробки результатів пацієнтів було поділено на 4 групи. 1. Із ізольованим перебігом ГЕРХ (19 осіб: 11 жінок, 8 чоловіків; середній вік 51 рік); 2. з коморбідною патологією: ГЕРХ та ХП (29 осіб: 16 жінок, 13 чоловіків; середній вік 57 років); 3. Із ХП (22 особи: 15 жінок, 7 чоловіків; середній вік 61 рік); 4. Практично здорові особи (20 чоловік: 10 жінок, 10 чоловіків, сер. вік 30 років). При зборі анамнестичних даних у групі з коморбідною патологією (№2) спостерігається більша залежність від спадкового фактору за групу №1 в 2 рази, за групу №3 в 3 рази. У групі №2 клінічні симптоми були найвираженішими серед інших груп, а при порівнянні з групою №3 кількість пацієнтів із зовнішньосекрорною недостатністю перевищила трьохразовий поріг. Тому не дивно що і якість життя у групі №2 була найнищою ($\chi^2 - 9.3$). Порівняльний аналіз середнього значення pH на 5 см проксимальніше НСС за результатами мультифокального рефлюксу – гастрорh – моніторингу у вказує на відсутність достовірної різниці ацидосекреції у 1-й та 2-й групах: $\text{pH} - 2,2 \pm 0,38$ проти $2,1 \pm 0,28$ ($p < 0,05$). Виявлено гастродуоденальні рефлюкси за частотою майже не відрізнялись (у 15 % пацієнтів групи №1 проти 14 % у групі №2), що пов'язано із іншими захворюваннями ШКТ: гепатобіліарної системи 36% (ПХЕС- жін.- 33%, чол. 3%; ХХ- жін. 23%, чол. 13%, ХГ(не вірусної і аутоімунної патології у осіб, які зловживають алкоголем 10% чол., 3 % жін.) гастродуоденальної патології 42%.

Висновки: Питання коморбідності хвороб вимагає більшої уваги лікарів, задля покращення життя пацієнтів..

М.І. Пішуліна
ПРОБЛЕМА ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

І.О. Давидюк (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: З кожним роком проблема вакцинації в Україні погіршується. Недооцінювання важливості вакцин неминуче призводить до підвищення інфекційної захворюваності. Протягом останніх років йде боротьба прихильників та противників вакцинації. Особливою небезпекою є те, що засоби масової інформації тільки погіршують ситуацію, збільшуючи кількість невакцинованого населення.

Мета дослідження: Вивчення показників охоплення населення вакцинами за 2007 та 2016 рр. та проведення оцінки ситуації вакцинопрофілактики.

Матеріали та метод дослідження: Було проаналізовано дані МОЗ України за 2016 та 2007 рік про статистику щепленого населення та дані про наявність вакцин в Україні в 2016 році.

Результати дослідження: В процесі дослідження було виявлено, що на 2016 р. лише 11,5% щеплено від туберкульозу, 39% від поліомієліту, менше 2% від корі, дифтерії, правця. Рекомендації МОЗ передбачають 95% вакцинацію населення. В 2007 році цей показник був 96%, на сьогоднішній день він становить 20%. Окрім того, згідно даних про закупівлю, відмічається виражений дефіцит вакцин, через недостатнє постачання їх державою.

Висновки: Проблема вакцинопрофілактики на сьогоднішній день надзвичайно поширена в Україні. По-перше вона зумовлена великою кількістю противників вакцин та масовою дезінформацією населення, щодо необхідності щеплень. По-друге, недостатнім надходженням вакцинопрепаратів, через недостатню закупівлю. Для покращення ситуації необхідні просвітницькі заходи з населенням, виділення коштів та контроль за отриманням якісних вакцин державою.

М.І. Пішуліна
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ТА ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Н.П. Масік (д.м.н., проф.)

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

Актуальність: Незважаючи на певні успіхи в лікуванні гострого інфаркту міокарда, це захворювання досі є однією з провідних причин смертності. Приблизно у 30% випадків раптова смерть є першим проявом ішемічної хвороби серця і пов'язана зі злоякісними шлуночковими аритміями.

Мета дослідження: Оцінка показників порушень ритму серця у хворих гострим інфарктом міокарду з зубцем Q.

Матеріал та методи дослідження: Досліджено історії хвороб 58 пацієнтів, щознаходятьсянастаціонарномулікуванні з приводу гострого інфаркту міокарда, віком від 45 до 65 років. Діагноз було встановлено на підставі критеріїв ВОЗ за наявності таких ознак: типовий напад ангіоного болю, що тривав більше 30 хвилин, що не знімався прийомом нітрогліцерину, поява патологічних зубців Qчи QS в двох і більше відведеннях. На стаціонарному етапі лікування хворим було надано лікування відповідно до рекомендацій щодо лікування хворих ГІМ з елевацією сегмента ST.

Результати дослідження: Аналіз показав, що з 58 хворих, лише у 2 не було зареєстровано порушень серцевого ритму. У 6 хворих (10,3%) спостерігалась суправентрикулярна екстрасистоля. Шлуночкова екстрасистоля була виявлена у 51 хворого (87,9%). В 11 хворих (18,9%) вона носила політопний характер. У 25 хворих (43%) кількість ШЕ перевищувало 10/год, з них в 5 хворих були зареєстровані парні ШЕ, а в 4 – групові. Це пацієнти в групі з потенційно загрозливимишлуночковимиаритміями. У 12 хворих (20,7%) була виявлена надшлуночкова тахікардія.

Висновок: У хворих з гострим інфарктом міокарда в 96,5 випадках визначались порушення ритму серця. 43 % це хворі з групи високого ризику розвитку злоякісних аритмій.

С.І. Поніна
АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДОВ КОРЕКЦІЇ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

Кафедра внутрішньої медицини №2

Ю.В. Мазур (ас.)

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

Актуальність: Синдром подразненого кишківника (СПК), на думку багатьох авторів, протягом десятиліть залишається актуальною проблемою практичної медицини, є предметом дискусій з питань не лише етіології та

патогенезу, але і діагностики та лікування. За даними ВООЗ, близько 20 % дорослого населення Землі страждають від СПК.

Матеріали та методи: Було вивчено та проведено пошук літератури по застосуванню фізіотерапії у лікуванні СПК.

Результати: На думку Златкіна А.Р., Понамаренко Г.Н., медикаменти не дають бажаного та тривалого ефекту, тому значної уваги заслуговує фізіотерапія - КВЧ та ампліпульстерапія. КВЧ - радіофізичний метод впливу на організм когерентного електромагнітного випромінювання (ЕМВ) міліметрового діапазону частот, тобто вкрай високої частоти, відноситься до низькоінтенсивних нетеплових впливів. Широкий спектр лікувальної дії КВЧ-випромінювання пояснюється тим, що при різноманітних захворюваннях, незалежно від локалізації патологічного процесу, проникаючи в шкіру, міліметрові хвилі викликають конформаційну перебудову її структурних елементів, активацію соматовісцеральних рефлексів і зміну функцій внутрішніх органів. Вплив на нейролеому шкірних провідників модулює їхню висхідну імпульсну активність (нейростимулююча дія) і викликає зміну діяльності вегетативної нервової системи та ендокринних залоз з наступним покращенням трофіки слизової оболонки шлунка та кишківника, стимуляцією активності залозистого апарату та імунотенезу. При КВЧ-терапії позитивний результат спостерігався у 89 %. Ампліпульстерапія — один з методів електротерапії, заснований на використанні з лікувально-профілактичною та реабілітаційною метою синусоїдальних модульованих потоків. Ампліпульстерапія супроводжується рядом важливих для медичної практики лікувальних ефектів. Серед них, перш за все, слід відмітити трофічний, анальгезуючий, судинорозширюючий та нейростимулюючий. Крім того ампліпульстерапія активує судиноруховий центр, усуває спазм судин і збільшує артеріальний прилив і венозний відтік крові, покращує транспорт поживних речовин до уражених тканин та органів, сприяє їхньому засвоєнню. Активуючи метаболічні процеси в тканинах кишківника, ця процедура підвищує тонус кишківника, жовчовивідних шляхів, стимулює секреторну функцію підшлункової залози, наднирників, шлунка, активує обмінні процеси у печінці. Покращення при застосуванні ампліпульстерапії відмічались у 73%.

Висновок: Враховуючи поширеність захворювання СПК, важку та неприємну клінічну симптоматику, якість життя таких хворих, розробка немедикаментозних методів корекції клінічних проявів синдрому подразненого кишківника є вкрай актуальним питанням.

С.І. Порохнавець

РИЗИК РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ПАЦІЄНТІВ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Н.С. Бек (ас.)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
м. Львів, Україна

Актуальність: Поєднання хвороб органів травлення з порушеннями вуглеводного обміну погіршує перебіг основної патології та сприяє новим органним ураженням.

Мета: Дослідити особливості кореляційних зв'язків між показниками ризику розвитку ЦД, рівнем глюкози в крові, антропометричними, клінічними, лабораторними даними у пацієнтів з хворобами шлунково-кишкового тракту (ШКТ), поєднаними з патологією жовчного міхура.

Матеріал і методи: Обстежено 55 пацієнтів з хронічним гастритом типу В, пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, шлунка. Група 1 – пацієнти з супутньою патологією жовчного міхура, 12 осіб, 4 жінки, 8 чоловіків, віком $37,9 \pm 14,6$ років, з індексом маси тіла (ІМТ) $24,8 \pm 6,4$ кг/м²; група 2 – пацієнти без патології жовчного міхура, 43 особи, 6 жінок, 37 чоловіків, віком $30,2 \pm 9,8$ років, з ІМТ $23,9 \pm 3,4$ кг/м². Проведено обстеження згідно протоколам; антропометрія. Ризик розвитку цукрового діабету (РРЦД) 2 типу визначався за шкалою FINDRISK у балах. Результати опрацьовані за допомогою пакета програм "StatisticaforWindows 6.0".

Результати: Оцінка сумарного РРЦД встановила, що пацієнти групи 1 частіше відносились до групи високого ризику (15-20 балів) – 25% пацієнтів проти 2,3 % ($p < 0,05$) у групі 2 та характеризувались вищим рівнем глюкози в крові ($5,3[3,9;5,8]$ проти $4,6[3,6;6,7]$ ммоль/л, $p=0,01$). У групі 1 РРЦД корелював з віком ($\tau=0,62$, $p=0,008$), рівнем систолічного артеріального тиску (САТ) ($\tau=0,71$, $p=0,02$) та вмістом глюкози ($\tau=0,67$, $p=0,003$). Вміст глюкози корелював з масою тіла ($\tau=0,57$, $p=0,01$), ІМТ ($\tau=0,51$, $p=0,04$), об'ємом талії ($\tau=0,67$, $p=0,004$), рівнями САТ ($\tau=0,51$, $p=0,03$), діастолічного артеріального тиску (ДАТ) ($\tau=0,47$, $p=0,04$) та вмістом АлАТ ($\tau=0,52$, $p=0,03$). Рівні САТ та ДАТ корелювали з вмістом лужної фосфатази (ЛФ) ($\tau=0,51$, $p=0,04$ та $\tau=0,80$, $p=0,001$). У групі 2 вміст глюкози корелював з ІМТ ($\tau=0,33$, $p=0,03$) та масою тіла ($\tau=0,23$, $p=0,03$), яка корелювала з рівнями САТ та ДАТ.

Висновки: У пацієнтів з хворобами ШКТ, поєднаними з патологією жовчного міхура, частіше визначається високий РРЦД, рівень глюкози в крові вищий. Зростання РРЦД 2 типу відбувається з віком та підвищенням САТ. В таких пацієнтів вміст глюкози в крові зростає зі збільшенням абдомінального ожиріння та рівня АлАТ; зростання САТ і ДАТ асоціюється зі збільшенням вмісту маркера холестазу – ЛФ.

А.Л.В. Распутіна, Я.І. Бронюк
**ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НОРМАЛЬНО
ВИСОКИМ АРТЕРІАЛЬНИМ ТИСКОМ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
Л.В. Распутіна (д.м.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: сучасна стратегія лікування серцево-судинних захворювань полягає у визначенні загального ризику. Найчастіше ризик оцінюють для пацієнтів на артеріальну гіпертензію (АГ). В той же час існують пацієнти з високим нормальним артеріальним тиском (АТ) у яких відсутні покази до антигіпертензивної терапії, однак є інші фактори серцево-судинного ризику.

Метою роботи є визначення загального серцево-судинного ризику у пацієнтів з високим нормальним АТ.

Методи та матеріали: обстежено 48 пацієнтів чоловічої статі, середній вік $46,4 \pm 3,7$ років (30;58 років), що були направлені в гастроентерологічне відділення з захворюваннями шлунку та дванадцятипалої кишки та під час першого огляду відмічали АТ в межах систолічний 130-139 мм рт.ст., діастолічний 85-90 мм рт.ст. Всі обстежені не мали в анамнезі захворювань серцево-судинної системи. Оцінювали фактори ризику (вік, тютюнопаління, дисліпідемія, глюкоза в крові натще, індекс маси тіла (ІМТ), абдомінальне ожиріння, сімейний анамнез). Виконували електрокардіографію у 12 відведеннях, ехокардіографію, визначали рівень креатиніну та швидкість клубочкової фільтрації за формулою СКД-ЕРІ, оцінювали супутні захворювання.

Результати: встановлено, що 6 пацієнтів (12,6%) мали 1-2 фактора ризику та відповідно низький додатковий ризик серцево-судинних ускладнень. До найчастіших поєднань факторів ризику належать стать (чоловіча) та тютюнопаління, або стать та абдомінальне ожиріння, або стать та ожиріння. У 34 пацієнтів (70,8%) слід стратифікувати ризик від низького до помірного, це обстежені у кого виявлено 3 та більше додаткових факторів. В цій групі найчастіше поєднувались наступні фактори ризику: вік, стать, ожиріння, абдомінальне ожиріння, торушення толерантності до вуглеводів, сімейний анамнез передчасного розвитку серцево-судинних захворювань. У 8 пацієнтів (16,6%) можна стратифікувати ризик від помірного до високого. Це група осіб, що мали більше 3 факторів ризику, з супутнім цукровим діабетом, наявністю атеросклеротичних бляшок у стінці сонної артерії, гіпертрофією лівого шлуночка.

Висновки: таким чином високий нормальний АТ потребує виявлення додаткових факторів та обстеження з метою стратифікації ризику серцево-судинних ускладнень та відбору пацієнтів для модифікації способу життя, корекції факторів ризику, своєчасного лікування супутніх захворювань.

В.О. Романова
**ВПЛИВ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА
СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

Кафедра внутрішньої медицини №1
Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні роки значну роль у розвитку та прогресуванні атеросклерозу, який лежить в основі ішемічної хвороби серця (ІХС), відводять неспецифічному системному запаленню (НСЗ), ознаки якого виявляють у бляшках хворих як з гострим коронарним синдромом, так і зі стабільною ІХС.

Мета: Визначити наявність та виразність неспецифічного системного запалення у хворих зі стабільною ІХС та їх динаміку під впливом стандартної терапії ІХС.

Матеріали та методи: Обстежено 92 пацієнта зі стабільною ІХС: 45 – з II функціональним класом (ФК) і 47 – з III ФК; середній вік $55,37 \pm 4,62$ роки. Контрольну групу склали 36 здорових осіб співставних за віком і статтю. Діагноз стабільної ІХС встановлювали відповідно до Рекомендацій Європейської асоціації кардіологів (2013 р.). Активність НСЗ оцінювали за рівнем фібриногену, високочутливого С-реактивного протеїну (СРП) (метод ІФА, набір «hsCRP ELISA» – "DRG", США) та фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) (метод ІФА, набір «TNF- α ELISA test kit» – «Diacclone», Франція). Стандартна терапія ІХС включала: β -адреноблокатор, інгібітор АПФ, ацетилсаліцилову кислоту, статини і при потребі нітрогліцерин. Тривалість спостереження складала 3 місяці.

Результати: У хворих на стабільну ІХС рівень фібриногену знаходився у межах норми (2-4 г/л), проте у пацієнтів з III ФК він був достовірно вищим за показник контрольної групи ($3,84 \pm 0,24$ проти $2,64 \pm 0,28$ г/л, $p < 0,01$) та хворих зі стенокардією II ФК ($3,19 \pm 0,22$ г/л, $p < 0,05$).

Середній рівень СРП у хворих на ІХС був значно підвищеним порівняно з контролем ($3,27 \pm 0,19$ проти $0,78 \pm 0,04$ мг/л, відповідно, $p < 0,001$). В групі хворих з III ФК стабільної стенокардії визначено достовірне підвищення середнього рівня СРП не лише по відношенню до контролю, але і до величини у хворих з II ФК ($3,78 \pm 0,19$ проти $2,74 \pm 0,17$ мг/л, відповідно, $p < 0,01$).

Плазмовий рівень ФНП- α у пацієнтів зі стабільною ІХС був достовірно вищим, ніж у контрольній групі ($3,00 \pm 0,19$ проти $1,18 \pm 0,07$ пг/мл, $p < 0,01$), причому ступінь підвищення даного показника асоціювався зі

ступенем важкості ІХС ($3,35 \pm 0,18$ при ІІІ ФК і $2,64 \pm 0,19$ пг/мл при ІІ ФК, відповідно, $p < 0,05$).

Після проведеного лікування відмічено достовірне зниження активності НСЗ у пацієнтів зі стабільною ІХС. Так, рівень СРП зменшився на 24,2% ($p < 0,05$), а ФНП- α – на 31% ($p < 0,01$), достовірних змін фібриногену не було виявлено. Більш суттєва динаміка спостерігалась у пацієнтів з ІІІ ФК стенокардії, хоча достовірної різниці між групами хворих з різною важкістю стенокардії не спостерігалось.

Висновки: У хворих на стабільну ІХС спостерігається активація НСЗ, що характеризується підвищенням рівнів С-реактивного протеїну, фактора некрозу пухлин- α і фібриногену в сироватці крові. Виразність НСЗ асоціюється з важкістю захворювання. Комплексна стандартна терапія ІХС володіє протизапальною дією, що характеризується достовірним зниженням показників НСЗ.

М. Ротару, С. Шаргаровски, Р. Ридкодубский, В. Гначюк, Р. Баронча
**ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Департамент внутренних болезней, дисциплина «Кардиология», Медицинская клиника № 3
Л.Ф. Гриб (д.мед.н., проф.), А.В. Греждиеру (к.мед.н., доц.)
Государственный университет медицины и фармации "Николае Тестемицану"
г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность темы. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) является ежегодной высокой причиной смертности в мире. По статистике каждый шестой мужчина и седьмая женщина в Европе умирают от инфаркта миокарда

Материалы и методы. Мужчина 58 лет с клиническим диагнозом: ИБС. Острый инфаркт миокарда с элевацией ST. Трехсосудистое атеросклеротическое поражение коронарных сосудов. Артериальная гипертензия II ст. с очень высоким адидональным риском. НК II NYHA. Субкомпенсированный сахарный диабет 2 типа. Дислипидемия.

Обследован клинически и параклинически.

Результаты. Больной Д., 58 лет, был госпитализирован в отделение реанимации КГБ «Святая Троица» с острой загрудиной болью, умеренной одышкой и выраженной слабостью. Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией в течении 4 лет. Максимальные цифры АД 180/100 мм рт., курит в течении 20 лет. Объективно: кожные покровы бледные, периферические отеки отсутствуют. Аускультативно в лёгких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС - 68 уд / мин, АД - 140/80 мм рт. Параклинические данные: тропонины – положительные, Hb-166 г/л, E ρ - $5,1 \times 10^{12}$ /л, L- $10,2 \times 10^9$ /л, п/я-8% ,с/я-66%, е-3%, l-15%, m-8%, СОЭ-24 мм/ч, протромбин-119%, фибриноген- 4,4 г/л мочевины -5,2 ммоль/л, креатинин-0,09 ммоль/л, глюкоза-7,2 ммоль/л, АлАТ-139 Ед/л АсАТ-116 Ед/л, общий холестерин-6,2 ммоль/л, триглицериды - 2,30 ммоль/л, калий - 4,9 ммоль/л. ЭхоКГ: Индурация аорты. Полости сердца не расширены. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Гипокинезия верхушки сердца и ЗСЛЖ, ФВ-56%. Коронароангиография и ангиопластика: трехсосудистое атеросклеротическое поражение. Острый тромбоз Сх I. умеренный стеноз LAD II, RCA II. Имплантирован стент DES «Promus». Риск по шкале GRACE-143, TIMI-6 п. (41%), SCORE-32.

Заключение. Молодой пациент с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, дислипидемией, курильщик развивает острый инфаркт миокарда с высоким риском по шкале GRACE и TIMI, но с умеренным по SCORE. Проведенно общее и интервенционное лечение с ангиопластикой и имплантацией стента с хорошим исходом.

Т.С. Рябець, А.В.Ваколюк
НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТА АВАРІЇ НА СТАНЦІЇ ФОКУСІМА

Кафедра внутрішньої медицини №2
С.В. Бондарчук (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день все ще відчутні наслідки аварії на ЧАЕС та на станції Фокусіма. З кожним роком реєструється велика кількість людей, хворих на лейкемію, рак щитовидної та молочної залози, збільшується захворюваність на онкологічні захворювання серед дітей. Наслідки аварії на Чорнобильській АЕС ще довго відчуватиме населення не тільки України, але й світу. Про важливість їх ліквідації зазначено в Конституції України (1996 р.): “Забезпечення екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи – катастрофи планетарного масштабу, збереження генофонду українського народу є обов'язком держави” (стаття 16). Показники смертності у нашій країні перевищують показники народжуваності, тому спостерігається зменшення кількості населення. Це особливо гостро виявляється у регіонах, де значне радіоактивне і промислове забруднення довкілля (Чернігівська, Київська, Житомирська, Донецька, Луганська, Дніпропетровська і Запорізька області). Стан навколишнього природного середовища значною мірою впливає на здоров'я і тривалість життя людей.

Мета: Визначити тенденцію впливу наслідків Чорнобильської катастрофи та аварії на станції Фокусіма на здоров'я населення та на розвиток онкологічних захворювань.

Матеріали та методи: Проаналізувавши літературу, отримали сукупність даних, які в подальшому були оброблені. Використали аналітико-синтетичний метод для комплексної оцінки матеріалів.

Результати: На сьогоднішній день зросла кількість населення, хворого на онкологічні захворювання, а саме на лейкемію, рак щитовидної та молочної залози. Протягом 2-5 років після катастрофи спостерігалось зростання частоти гострої лейкемії у дітей. Доведена онкогенність випромінювання in utero. З 1989 по 2010 рік майже на 50% збільшилася кількість хворих серед дитячого та підліткового населення.

Висновки: На сьогоднішній день людство відчуває вплив наслідків катастрофи на Чорнобильській АЕС та на станції Фокусіма, що підтверджується підвищеною захворюваністю на лейкемію, рак щитовидної та молочної залози, збільшеною кількістю онкологічних захворювань серед дитячого та підліткового віку. В зв'язку з цим потрібно діагностувати ці захворювання на ранніх стадіях розвитку, проводити відповідну профілактику та лікування.

Ю. Синяк

СОЦІАЛЬНІ ТА МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ДО КОНТРАЦЕПЦІЇ СТУДЕНТІВ В НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ МЕДИЧНОГО ТА НЕМЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кафедра «Сестринська справа»

В.О. Заболотнов (д.мед.н., проф.)

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

м. Житомир, Україна

Актуальність: зумовлена необхідністю пошуків нових підходів до статевого виховання сучасної молоді, його сутності, змісту та завдань.

Актуальним є проведення медичних і медико-соціальних досліджень, завдання яких – виявити існуючі проблеми статевого розвитку і порушення репродуктивного здоров'я та визначити основні шляхи збереження репродуктивного потенціалу в майбутньому.

Мета: Вивчити ставлення та поінформованість студентів вищих навчальних закладів щодо контрацепції.

Матеріали та методи: Для досягнення мети використано клініко-статистичний та медико-соціологічний методи дослідження. Опитано 40 осіб жіночої та чоловічої статі, серед яких було 23 (57,5%) студентів Житомирського державного університету ім. Івана Франка, та 17 (42,5%) студентів Житомирського інституту медсестринства. Серед опитаних було студентів у віці від 19 до 20 років – 5 (12,5%), від 21 до 22 років - 30 (75%) студентів, від 23 до 24 – 4 (10%) студента, та від 25 і більше - 1(2,5%) студент.

Результати: Нами встановлено, що майже всі студенти (82,3%) мали сексуальні стосунки за останні 12 місяців, з них мали випадкові стосунки - 27,7% респондентів.

На питання, які методи контрацепції Ви використовуєте в даний час? Респонденти немедичного профілю відповіли: жодного не використовую – 34,7% студентів, 60,8% опитуваних - використовують чоловічі презервативи, іноді використовують перерваний статевий акт. Студенти медичного профілю відповіли: жодного не використовую – 29,4% опитаних, чоловічий презерватив – 52,9%, оральні контрацептиви – 17,6%, іноді календарний метод та перерваний статевий акт.

Вивчення питання поінформованості та рівня знань респондентів щодо методів контрацепції: всі студенти Житомирського інституту медсестринства (100%) визнали свої знання з проблеми достатніми.

Студенти немедичного профілю на питання «Які методи контрацепції Ви знаєте?» (Виберіть всі відомі варіанти) відповіли: оральні контрацептиви (таблетки) – 78,2% опитаних, чоловічі презервативи – 100%, перерваний статевий акт – 69,5%, календарний метод – 60,8%, та внутрішньо маткові гормональні спіралі – 60,8% - знають більшість студентів. Недостатньо знають про такі методи контрацепції як вагінальне кільце – 39,1%, гормональні пластири – 21,7%, екстрена контрацепція – 39,1%, та імплантат- 13,04.

Висновки: на тлі активної сексуальної активності багато студентів немедичного профілю необізнані щодо сучасних методів контрацепції.

Все це дає підстави розробити нові підходи до проведення санітарно-освітньої роботи з питань контрацепції серед студентів та збереження репродуктивного здоров'я за активної участі медичних сестер.

Н.О.Ситник, І.Л. Синенько

ВПЛИВ ПАРАТИРЕОЇДЕКТОМІЇ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ, ЩО ЛІКУЮТЬСЯ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Кафедра внутрішньої медицини №1

О.В.Нечипорук(к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В сучасній Україні лікуються програмним гемодіалізом(ПГД) близько 1500 осіб, потребують такої допомоги не менше 25000 пацієнтів (в США та Західній Європі – 900 на 1 млн. населення). Підвищення якості гемодіалізу забезпечує 70% 5-річне виживання пацієнтів з тенденцією до його подовження. Це основний спосіб підтримання життя хворих з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) з огляду на те, що можливості

трансплантації нирки в Україні задовольняють потребу в ній менше, ніж на 5% щорічно. Вторинний гіперпаратиреоз (ВГПТ) належить до частих ускладнень, які виникають у хворих із хронічними хворобами нирок (ХХН) і характеризується підвищенням рівня паратгормону (ПТГ), гіперплазією паращитовидних залоз та порушенням кальціє-фосфорного обміну. ПТГ, будучи уремичним токсином, призводить до розвитку ренальної остеодистрофії, позаскелетної кальцифікації, імунної дисфункції, анемії, що збільшує ризик кардіоваскулярної летальності пацієнтів із термінальною нирковою недостатністю.

Мета: Визначити поширеність ВГПТ у діалітичних пацієнтів. Дослідити вплив статі, віку, групи крові, індексу маси тіла (ІМТ), нозологічної форми первинного захворювання та тривалості лікування гемодіалізом на показники паращитовидних залоз у хворих, що перебувають на програмному гемодіалізі. Оцінити результати оперативного лікування ВГПТ у обстежених хворих.

Матеріали та методи: Проаналізовано дані клініко-лабораторного та інструментального обстеження 36 хворих із ВГПТ, що перебували у відділенні хронічного гемодіалізу ВОКЛ ім. М.І. Пирогова. Із них 20 пацієнтів прооперовано з приводу ВГПТ (9 чоловіків та 11 жінок). Середній вік респондентів склав 48,3 роки. Пацієнти перебували на гемодіалізі від 1 до 8 років (в середньому – 4,4 роки). Вивчалися вміст іонізованого кальцію, неорганічного фосфору та ПТГ в сироватці крові хворих на ВГПТ до та після оперативного втручання, а також показники Ехо-КГ та остеоденситометрії

Результати: Термінальна наркова недостатність у 21 (58,33%) хворого була наслідком хронічного гломерулонефриту, у 9 (25%) – хронічного пілонефриту, у 3 (8,33%) – полікістозу нирок, у 2 (5,56%) – діабетичної нефропатії, в 1 (2,78%) – люпус-нефриту. Пацієнти з кальцифікацією клапанного апарату серця мали достовірно більш високий рівень ПТГ порівняно з іншими хворими (619 ± 104 пг/мл проти 302 ± 288 пг/мл). Системний остеопороз підтверджений денситометричним методом, виявлений лише у 15% хворих зі зміненими клапанами.

Висновки: Паратиреоїдектомія при ВГПТ є високоефективним та безпечним методом лікування, який швидко нормалізує лабораторні показники та значно поліпшує клінічну симптоматику у пацієнтів та покращує якість їх життя. Оперативне втручання повинно виконуватись при рівні ПТГ до 400 пг/мл, оскільки кальцифікація клапанів серця стрімко розвивається саме при перевищенні даного рівня. Відсутній прямий кореляційний зв'язок між системним остеопорозом та кальцифікацією клапанів серця.

І.О. Сіцінська, О.І. Федів

СТАН ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 З УРАХУВАННЯМ ТОКСИГЕННОСТІ ШТАМІВ *H.pylori* НА ФОНІ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМБІНАЦІЇ ІЗ ПРОБІОТИКОМ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

О.І. Федів (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»,

м. Чернівці, Україна

Актуальність теми: За останні роки змінилося розуміння механізмів регуляції метаболічних процесів на молекулярно-генетичному рівні, що призвело до перегляду традиційних уявлень про клітинну фізіологію, біохімію жирового й вуглеводного обмінів, фармакодинаміку лікарських препаратів.

Мета роботи: Оцінити стан протеолітичної системи крові у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2 з урахуванням токсигенності штамів *H.pylori* на фоні ерадикаційної терапії у комбінації із пробіотиком.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 30 осіб на пептичну виразку шлунка (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) і цукровим діабетом типу 2 (ЦД2) (група 3); 30 осіб на ПВШ та ДПК (група 2) та 30 практично здорових осіб (ПЗО) (група 1)). У групі 1 проведена терапія: 1а (7 осіб) - препарат вісмуту 120 мг 4 р/д, тетрациклін 500 мг 4 р/д, метронідазол 500 мг 3 р/д протягом 10 днів; 1б (8 осіб) - препарат вісмуту 120 мг 4 р/д, тетрациклін 500 мг 4 р/д, метронідазол 500 мг 3 р/д протягом 10 днів та «Лациум» по 1 саше 2 р/д 1 міс.; 1в (8 осіб) - езомепразол 20 мг 2 р/д, амоксицилін 1,0 г 2 р/д 5 днів, езомепразол 20 мг 2 р/д., кларитроміцин 500 мг. 2 р/д, тинідазол 500 мг 2 р/д протягом наступних 5 днів; 1г (7 осіб) - езомепразол 20 мг 2 р/д, амоксицилін 1,0 г 2 р/д 5 днів, езомепразол 20 мг 2 р/д., кларитроміцин 500 мг. 2 р/д, тинідазол 500 мг 2 р/д протягом наступних 5 днів та «Лациум» по 1 саше 2 р/д 1 міс. Протеолітичну активність оцінювали за лізісом азоальбуміну (ЛАА), азоказеїну (ЛАК) та азоколу (ЛА) з використанням наборів фірми «Danish Ltd.» (Львів).

Результати дослідження: При дослідженні виявлено, що у групі 2 із *CagA+VacA+ H.pylori* спостерігається підвищення ЛАА (у 1,09 рази ($2,46 \pm 0,01$) ($p < 0,05$)), ЛАК (у 1,16 рази ($1,89 \pm 0,02$) ($p < 0,05$)), ЛА (у 1,1 рази ($0,80 \pm 0,02$) ($p < 0,05$)) у порівнянні з групою 2 із *CagA+VacA-/CagA-VacA+ H.pylori* ($2,27 \pm 0,03$; $1,64 \pm 0,01$; $0,73 \pm 0,02$) та у порівнянні з групою ПЗО ($2,12 \pm 0,02$; $1,36 \pm 0,08$; $0,56 \pm 0,02$) відповідно. Проте, у групі 3 за наявності *CagA+VacA+* спостерігається зниження ЛАА (у 1,2 рази ($2,52 \pm 0,04$) ($p < 0,05$)), ЛАК (у 1,08 рази ($2,02 \pm 0,01$) ($p < 0,05$)), ЛА ($0,84 \pm 0,02$) (у 1,2 рази) ($p < 0,05$) у порівнянні з групою 3 із *CagA+VacA-/CagA-VacA+*

H.pylori ($2,70 \pm 0,03$; $1,87 \pm 0,02$; $1,01 \pm 0,02$). Після запропонованих схем лікування найефективнішою схемою у лікуванні ПВШ та ДПК із АГ і ЦД2 є «терапія відчаю» з пробіотиком «Лаціум», де ЛАА зменшився на 20% ($2,16 \pm 0,03$), ЛАК – на 23,26% ($1,55 \pm 0,03$ ($p < 0,05$)), ЛА – у 1,49 рази ($0,68 \pm 0,02$) ($p < 0,05$) у порівнянні з групою хворих до лікування та на 9,21% ($2,39 \pm 0,07$) ($p < 0,05$), на 8,28% ($1,69 \pm 0,03$) ($p < 0,05$), на 16,83% ($0,84 \pm 0,02$) ($p < 0,05$) у порівнянні з групою без пробіотика. Інші схеми ерадикаційної терапії виявились менш ефективні. З них: квадротерапія з пробіотиком «Лаціум», де ЛАА становить ($2,21 \pm 0,09$), ЛАК – ($1,69 \pm 0,03$) ($p < 0,05$)), ЛА – ($0,73 \pm 0,02$) ($p < 0,05$) у порівнянні з групою хворих до лікування без пробіотика ($2,46 \pm 0,01$; $1,87 \pm 0,02$; $0,94 \pm 0,02$); при використанні «послідовної терапії» з пробіотиком «Лаціум» ЛАА становив ($2,19 \pm 0,07$), ЛАК – ($1,67 \pm 0,05$), ЛА – ($0,72 \pm 0,02$) у порівнянні з групою хворих до лікування та у порівнянні з групою без пробіотика ($2,42 \pm 0,07$; $1,79 \pm 0,04$; $0,90 \pm 0,02$).

Висновок: Комбіноване використання різних схем ерадикаційної терапії і комбінованого пробіотика «Лаціум» у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2 покращує стан протеолітичної системи знижуючи вміст лізису альбуміну, лізису азоказеїну та лізису азоколу.

А.В. Стемпен, А.О. Шиманський, К.О. Маркиш

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ ПОЛОСКАННЯ ГОРЛА ЯК СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОНЗИЛІТІ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

О.В. Марчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Як мінімум кожен п'ятий українець хворіє на хронічний тонзиліт. Захворювання, зазвичай, важко піддається лікуванню та реабілітації, несе в собі ризики ускладнень і накладає суттєві фінансові витрати на пацієнта. У рекомендаціях з ЛФК відсутні окремі вправи та техніки для реабілітації хронічного тонзиліту, є лише комплекси вправ при захворюваннях дихальних шляхів, а у професійній літературі більше уваги відведено фармакотерапевтичному аспекту полоскання, аніж біомеханічному.

Мета: Проаналізувати інформаційні ресурси на предмет вивчення способів та методик полоскання глотки. Визначити та систематизувати оптимальну техніку полоскання як способу вібраційного масажу та очищення мигдаликів як одного із методів реабілітації хронічного компенсованого тонзилофарингіту та профілактики загострень. Підвищити ефективність полоскання горла у випадках, кола ця процедура виправдана

Матеріали та методи: Нами було виконано Ретроспективний аналіз наукових інформаційних джерел, а також проведено синтез теоретичних науково-обґрунтованих міжгалузевих знань у поєднанні з власним досвідом. Завдяки узагальненню інформації висунуті практичні рекомендації.

Результати та обговорення: Хронічний тонзиліт – це затяжне запалення піднебінних мигдаликів, при якому часто спостерігається загальна токсико-алергічна реакція організму. Для повноцінного функціонування мигдаликів як частини імунної системи необхідне повне та своєчасне звільнення крипт із подальшим надходженням нових порцій антигенів з ротоглотки на всю глибину крипт. Це відбувається за рахунок скорочення м'язів, закладених у передній і задній піднебінних дужках (*mm. palatoglossus et palatopharyngeus*), та констрикторів глотки. Скорочення цих м'язів при ковтанні, позіханні, говорінні приводить до зменшення об'єму тонзиллярної ніші й підвищення в ній тиску. Мигдалик затискається між дужками, вміст лакун видавлюється у просвіт ротоглотки, і крипти звільнюються. Оскільки *mm. palatoglossus et palatopharyngeus* (що забезпечують помповий механізм очищення мигдаликів) входять до складу м'якого піднебіння, яке є складовою частиною артикуляційного апарату, очевидно, що дуже важливим аспектом є звуки які видаються при полосканні горла. Враховуючи це найефективніше використовувати такі звуки: гортанні звуки (задньоязикові) [г][к][х] та голосні високого підняття [і], [и], [у].

Висновки: На основі досліджуваного матеріалу ми виявили, що поєднання звуків типу «глу-у-у глу-у-у» або «глу-глу-глу», сприяють так званому «глибокому полосканню», при якому значно краще омивається задня стінка глотки, і, що важливо, гарно омивається язиковий мигдалик.

Е.Н. Степаненко

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ИСХОДЫ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кафедра фтизиатрии

С.Л. Матвеева (д.мед.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: пациенты, страдающие сахарным диабетом, заболевают туберкулезом легких в 5—11 раз чаще, чем лица с ненарушенным углеводным обменом. Наличие сахарного диабета является фактором 5-кратного

риска смерти больного от туберкулеза.

Цель работы: изучение структуры и функции щитовидной железы у больных туберкулезом легких и сахарным диабетом и исходы химиотерапии в зависимости от тиреоидного статуса.

Материалы и методы: У 60 больных туберкулезом легких и сахарным диабетом проведено ультразвуковое исследование эхоструктуры щитовидной железы и в сыворотке крови иммуноферментативным методом определены уровни содержания свободного тироксина, тиреотропного гормона гипофиза, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе. Тяжесть клинического течения туберкулеза оценивалась по ранее разработанной авторами методике балльной оценки основных клинических проявлений туберкулезного процесса.

Результаты: Тиреоидная патология по типу аутоиммунного тиреоидита с явлениями субклинического гипотиреоза выявлена у 66,67% обследованных. Клинические проявления туберкулеза, оцененные в балльной системе, были более тяжелыми у больных с патологией щитовидной железы. Темпы прекращения симптомов интоксикации, абациллирования мокроты и рассасывания инфильтративных изменений в легких в конце фазы интенсивной терапии были достоверно выше в группе больных без патологии щитовидной железы. Разработан алгоритм скрининга тиреоидного гомеостаза у больных туберкулезом и сахарным диабетом.

Выводы: 1. у 66,67% больных туберкулезом легких и сахарным диабетом отмечаются структурные изменения щитовидной железы по типу аутоиммунного тиреоидита с явлениями субклинического гипотиреоза; 2. патология щитовидной железы у больных туберкулезом и сахарным диабетом негативно отражается как на клинической тяжести туберкулеза, так и на исходах противотуберкулезной химиотерапии; 3. больным туберкулезом с сопутствующим сахарным диабетом полезно тестирование тиреоидного гомеостаза по предлагаемому алгоритму.

Ю.І. Танчина

РЕНТГЕНОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ КИЛ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Р.Г. Пелін (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кили стравохідного отвору діафрагми становлять приблизно до 3 % усіх видів кил. Перша згадка датується 1579 роком, зроблена Амбруазом Паре, який описав два спостереження травматичної хіатальної кили, одна з яких внаслідок вогнепального поранення.

Найчастіше дана патологія зустрічається у пацієнтів зі захворюванням шлунково-кишкового тракту, а саме зі шлунковими скаргами. Симптоми, що вказують на дане захворювання можуть імітувати й інші захворювання, зокрема стенокардію чи плеврит.

Мета: проаналізувати рентгенологічні особливості картини кили стравохідного отвору діафрагми, дослідити залежність виникнення хіатальних кил в різних вікових групах, частоту виникнення аксіальних та параезофагеальних кил та випадків з безсимптомним перебігом.

Матеріал та методи: Особливості симптоматики даного захворювання, та його діагностику було досліджено у пацієнтів, що лікувались стаціонарно у торакальному, гастроентерологічному відділеннях Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова.

Для розрахунку частоти розповсюдження даної патології використовувались дані журналу рентгенологічного кабінету торакального відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова.

Також вивчена наукова вітчизняна та зарубіжна література.

Результати: Отримані нами дані підтвердили, що основною причиною виникнення хіатальної кили є вікова інволюція тканини, яка утворює діафрагму, внаслідок чого спостерігається розширення стравохідного отвору (ослаблення зв'язку між стравоходом і діафрагмою). Також важливу роль відіграє фізичне навантаження, порушення нервової регуляції моторики - у старшого населення та у деяких випадках патології у молодих жінок – вагітність (внаслідок збільшення тиску у черевній порожнині).

Отримані результати вказують на більшу частоту виникнення хіатальних кил у людей старше 50 років. За видовою специфічністю ковзні кили зустрічаються частіше, ніж параезофагеальні та зазвичай у жінок, ніж у чоловіків.

Висновки: На сьогоднішній день рентгенконтрастне дослідження є найбільш доступною та інформативною методикою, що дозволяє виявити всі три ступені кил стравохідного отвору діафрагми, як аксіальних, так і параезофагеальних. Рентгенконтрастна методика візуалізує хіатальні кили як з явною клінічною симптоматикою, так і без неї. Тому завдяки променевому дослідженню, спеціаліст може виявити безсимптомну стадію, що має важливе значення для правильної постановки діагнозу та вибору тактики лікування.

М.Р. Тарасова
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

О.М. Пічкур (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Екзема – хронічне рецидивне алергічне захворювання шкіри, яке виникає на тлі полівалентної сенсibiliзації організму, проявляється запаленням поверхневих шарів шкіри у вигляді поліморфної висипки і інтенсивного свербіжу. За даними сучасних авторів, захворюваність цим дерматозом складає від 10 до 20% всього населення, рівень цього алергодерматозу за останні 20 років значно зріс, особливо серед дітей. Велика частка серед хворих складає працездатне населення. У цих хворих знижується якість життя та знижується психічне здоров'я. Відповідно рівень психічного здоров'я знижує і рівень працездатності населення.

Мета: Встановити зв'язок між психічним станом хворого та перебігом екземи. Та встановити взаємозв'язок між цією нозологічною одиницею та цими показниками психічного здоров'я особистості.

Матеріали та методи: Були проведені психологічні тести з пацієнтами на базі ВОКШВД з приводу визначення акцентуації характеру; рівня тривожності; рівня депресії; індексу життєвого стилю та ін.

Результати: Результати роботи обробляються.

Висновки: Враховуючи особливості хронічних дерматозів, в тому числі екземи, можливо зробити висновок, що маніфестація і розвиток захворювання, безпосередньо впливає на особистість, самооцінку, емоційно-вольову сферу і формують деякі патологічні поведінкові та особистісні особливості, та може бути причиною виникнення хронічних дерматозів, що потребують подальшого дослідження.

О.В. Телегузова

ОЦІНКА ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини №1

І.В. Орлова (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: зростання зацікавленості до ниркових аспектів артеріальної гіпертензії (АГ) може бути виправданим з огляду на зростання поширеності нефросклерозу як причини розвитку ниркової недостатності, а також на те, що виникнення навіть незначних ознак порушення функції нирок (підвищення вмісту креатиніну, зниження кліренсу креатиніну, поява мікро- та макроальбумінурії) означає достовірне значне підвищення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті. Тому оцінка співвідношення альбуміну / креатиніну (САК) використовується в моніторингу ранніх ускладнень нирок при артеріальній гіпертонії, в той час як швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) є іншим корисним параметром для оцінки функції нирок при цьому захворюванні.

Мета: дослідити функцію нирок у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, аналізуючи САК та ШКФ.

Матеріали і методи: ми проаналізували групу з 59 пацієнтів з діагнозом артеріальної гіпертензії. Критерієм виключення була наявність цукрового діабету у хворого. У наших пацієнтів не було діагностовано цукрового діабету, аналізи сечі не містили будь-яких відхилень від норми. Зразки сечі були зібрані для вимірювання концентрації альбуміну, яку оцінювали за співвідношенням альбуміну до креатиніну. ШКФ було оцінено із використанням формули Кокрофта-Голта та рівняння «The Modification of Diet in Renal Disease».

Результати: значення САК <30 мг / г креатиніну (<3 мг/ммоль) були виявлені у більшій частині пацієнтів. Значення САК піддавалося кореляції з індексом маси тіла (ІМТ), систолічним артеріальним тиском і кількістю антигіпертензивних препаратів, які вводилися. При цьому, кореляції із віком, статтю, діастолічним артеріальним тиском, швидкістю клубочкової фільтрації не виявлено. При цьому достовірного зв'язку між співвідношенням альбуміну до креатиніну та віком, статтю, діастолічним артеріальним тиском, швидкістю клубочкової фільтрації не виявлено.

Висновки: екскреція альбуміну серед пацієнтів із гіпертензивною хворобою вища у пацієнтів, які мають ожиріння або недостатній контроль за захворюванням. Важливо популяризувати оцінки САК серед всіх пацієнтів з гіпертонією, оскільки це простий, дешевий і важливий тест.

Л.А. Тереховська, А.О. Довгань, Ю.Д. Бальжик
**ОЦІНКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ) ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО ФЕНОТИПУ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
Т.В. Константинович (д.мед.н., проф.), Г.І. Томашкевич (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. На сучасному етапі ХОЗЛ розглядається з точки зору фенотипування, що дає можливість класифікувати пацієнтів за різними терапевтичними та прогностичними підгрупами, покращити розуміння процесу перебігу захворювання.

Мета. Встановити клініко-функціональні характеристики перебігу ХОЗЛ у хворих за різних психологічних фенотипів.

Матеріали та методи. Відповідно до Наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. обстежено 306 хворих на ХОЗЛ (224 (73,2%) чоловіків та 82 (26,8%) жінки), середній вік яких складав (65,3±0,6) роки. З них 38 (12,4%) хворих клінічної групи А, 122 (39,9%) – групи В, 28 (9,2%) – групи С та 118 (38,5%) пацієнтів групи D. Діагностику психологічних зрушень проводили за допомогою комплексу стандартизованих методик (визначення рівня невротизації (РН) за Вассерманом (2002), рівня реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за Спілбергером-Ханіним (2002), рівня депресії (РД) Зунге (1971)). У разі наявності у одного хворого високих рівнів виразності за щонайменше трьома шкалами тестування одночасно, діагностували психологічно нестійкий фенотип перебігу ХОЗЛ. Статистичний аналіз отриманих результатів проведений за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows.

Результати. Встановили, що у 68 (22,2%) пацієнтів діагностувався психологічно нестійкий фенотип ХОЗЛ, решта 238 (77,8%) пацієнтів мали помірні або легкі зміни в емоційно-психічному стані, тому їх віднесли до групи з психологічно стійким фенотипом. Виявили, що хворі з психологічно нестійким фенотипом мали статистично вірогідно вищі середні бали в порівнянні з пацієнтами зі стійкою психікою за шкалою mMRC (3,25±0,10) бали проти ((2,44±0,07) бали, та за шкалою САТ (23,53±0,95) бали проти (18,23±0,57) бали, (p<0,001). 67,6% (n=46) хворих з психологічно нестійким фенотипом мали більше 2 загострень на рік, тоді як в групі зі стійким фенотипом частка таких складала 39,5% (n= 94), (p<0,001). Спірометричне дослідження показало, що середнє значення показника прохідності дихальних шляхів ОФV₁ у хворих за психологічно нестійкого фенотипу вірогідно менше (49,7±1,8)% проти (66,2±3,1)% – у хворих без змін психічного статусу при p=0,031, що підтверджує негативний вплив психологічних зрушень на перебіг ХОЗЛ.

Висновки. У 22,2% хворих ХОЗЛ формуються вторинні зміни в психоемоційній сфері пацієнтів у вигляді тривожних, невротичних та субдепресивних станів, що реалізуються в психологічно нестійкий фенотип ХОЗЛ. Він характеризується посиленням важкості стану пацієнтів внаслідок збільшення кількості та виразності симптомів, частоти загострень протягом року (p<0,001), вірогідним зниженням показників ФЗД (p<0,001) В зв'язку з цим при обстеженні хворих на ХОЗЛ є доцільним проводити скринінгове психологічне дослідження для встановлення відповідного психологічного фенотипу, що сприятиме підвищенню контролю над захворюванням.

В.О. Тищенко

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ (2011-2015 РР.)

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології
О.П. Литвинюк (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Останні роки в Україні характеризуються значним погіршенням ситуації щодо туберкульозу(ТБ). Зі збільшенням кількості хворих, зростає потреба у висококваліфікованому медичному обслуговуванні. Медичні працівники (МП) при цьому є однією із основних груп ризику розвитку ТБ. Непокійте проблема захворюваності на ТБ МП як загальної практики, так і протитуберкульозних закладів(ПТЗ), оскільки створює негативне ставлення до професії та поглиблює кадрову кризу.

Мета: Дослідження особливостей захворюваності на ТБ МП України впродовж 2011-2015 рр.

Матеріали та методи: Аналіз захворюваності на ТБМП загальної лікарської практики та ПТЗ згідно з офіційними джерелами про діяльність протитуберкульозної служби України за вищезгаданий період.

Результати: Захворюваність на ТБМП в Україні має позитивну динаміку. За останні 5 років серед працівників закладів охорони здоров'я України (ЗОЗ України) вона зменшилась від 72,5 до 57,9 на 100 тис. працівників ЗОЗ України. Разом з тим, захворюваність серед працівників ПТЗ має різко негативну динаміку, адже збільшилась від 110,7 до 248,4 на 100 тис. МП ПТЗ. Для порівняння захворюваність в популяції країни мала таку тенденцію до зменшення: в 2011 році вона складала 67,2 на 100 тис. населення, поступово знижуючись до 59,5 в 2014 році, та в 2015 році рівень захворюваності знову сягнув 67,5. Серед МП протитуберкульозних закладів близько 2/3 випадків розвитку захворювання припадає на середній медичний персонал, що пов'язано з високим рівнем

захворюваності серед медичних сестер та фельдшерів, які найбільше перебувають в контактi з хворими на ТБ. Ситуація з ТБ медичного персоналу серед різних регіонів України суттєво відрізняється. Найбільш несприятливими в плані захворюваності МП на ТБ за 2011-2015 рр. стали АР Крим, Херсонська та Дніпровська області, де рівень захворюваності сягав 108,2, 101,9, 99,4 на 100 тис. МП ЗОЗ України відповідно. Найнижчі показники при цьому мали Сумська, Київська та Чернівецькі області – 40,2, 40,4, 44,7 на 100 тис. МП ЗОЗ України відповідно.

Висновки: Професійно-зумовлений ТБ є серйозною проблемою для системи охорони здоров'я країни, адже показники захворюваності все ще залишаються досить високими. Місце роботи МП відіграє вирішальну роль у розвитку захворювання, оскільки на тлі зниження захворюваності на ТБ серед працівників ЗОЗ України спостерігається підвищення її серед МП ПТЗ. Основна кількість випадків ТБ спостерігається серед МП з середньою медичною освітою. Найбільш несприятливими в плані захворюваності МП на ТБ стали АР Крим, Херсонська та Дніпровська області.

Т.Ю. Ткаченко¹, О.В. Олейник², Е.Г. Куринная²

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кафедра внутренней медицины №1

К.А. Сытник¹ (к.мед.н., ас.)

1. Харьковский национальный медицинский университет
2. ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМНУ»
г. Харьков, Украина

Актуальность: В последнее годы наблюдается стремительный рост количества больных неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) что обусловлено в первую очередь особенностями стиля жизни городского населения: высококалорийной диетой, низкой физической активностью, а также высокой распространенностью нарушений углеводного обмена. В недавних рекомендациях по тактике ведения больных с НАЖБП – ведущее место занимают немедикаментозные методы лечения.

Целью: нашего исследования было изучение влияния диетотерапии на метаболические показатели и толщину комплекса интима медиа сонных артерий у больных НАЖБП.

Материалы и методы: исследование было проведено на базе поликлинического отделения ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМУ». В исследование было включено 30 пациентов с НАЖБП. Всем пациентам, включенным в исследование, были проведены антропометрические измерения с расчетом ИМТ, биохимические исследования (углеводный обмен: глюкоза сыворотки крови, HbA1c, липидный обмен: общий холестерин и его фракции, триглицериды, печеночные пробы), инструментальные исследования включали проведение УЗИ органов брюшной полости, измерение толщины комплекса интима медиа сонных артерий (ТКИМ). Группу контроля составили 20 практически здоровых добровольцев.

Результаты: При анализе показателей антропометрических измерений для пациентов с НАЖБП было характерно достоверное увеличение значений ОТ, соотношения ОТ/ОБ в сравнении с контрольной группой – что свидетельствовало о наличии у них абдоминального ожирения. Также для больных НАЖБП было характерно достоверное увеличение значений ИМТ, который соответствовал ожирению I степени. У пациентов с НАЖБП, включенных в наше исследование нарушений углеводного обмена выявлено не было. При анализе показателей липидного спектра обследованных лиц обращало на себя достоверное повышение уровней как общего холестерина, так и триглицеридов по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,05$). Для пациентов с НАЖБП было характерно утолщение ТКИМ более 0,9 мм, что свидетельствовало о наличии субклинического атеросклероза. Всем пациентам с НАЖБП была разработана персонализированная сбалансированная диета, с ограничением калорийности рациона направленная на снижение массы тела и коррекцию метаболических нарушений сроком на 12 месяцев с последующей коррекцией рациона.

Выводы: На фоне диетотерапии было достигнуто нормализации показателей липидного спектра, ИМТ пациентов снизился до нормальных значений. При измерении ТКИМ было обнаружено достоверное снижение исходных значений ($p < 0,05$).

І.В. Ткачук

ГЕРХ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМ БЕЗКАМ'ЯНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий. (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба - найбільш поширене кислотозалежне захворювання, для якого характерний високий рівень рецидивування, відсутність тенденції до самообмеження, наявність нетипових клінічних проявів, які утруднюють діагностику, персистування протягом багатьох років, ризик ускладнень. На сьогодні практично відсутні дані щодо функціонального стану біліарної системи при ГЕРХ, тому це дає поштовх для поглибленого вивчення даної коморбідності.

Мета: Вивчити особливості клініки, діагностики та фармакотерапії у хворих на ГЕРХ із коморбідною патологією – хронічним некалькульозним холециститом.

Матеріали та методи: На базі ЦПМСД №2 м. Вінниці та КЗ «Теплицький РМЦПМСД» за допомогою опитувальника GERD-Q та розробленої карти прийому амбулаторного пацієнта, було проведено анкетування пацієнтів із захворюваннями ШКТ, серед яких для дослідження обрали 147 пацієнтів із встановленим діагнозом ГЕРХ. Пацієнтів поділено на дві групи – пацієнти із ізольованим перебігом ГЕРХ (120 чоловік) та ГЕРХ у поєднанні із ХХ (27 чоловік). ХХ був підтверджений за допомогою ультразвукового дослідження. Для дослідження ефективності лікування поєданого перебігу ГЕРХ та ХХ, хворих було поділено на дві групи: 1-ша група (13 чоловік) отримувала курс лікування ІПП, 2-га група (14 чоловік) отримувала ІПП + препарат УДХК в стандартних дозах 1 місяць. Опитування хворих проводилось до отримуваного лікування та після для перевірки вираженості симптомів ГЕРХ.

Результати: В дослідженні взяли участь 147 хворих із діагнозом ГЕРХ. Серед них було 65 чоловіків (44,3%) та 82 жінки (55,7%). У хворих на ГЕРХ у 18,4% (27 пацієнтів) було виявлено ХХ, серед яких 26% (7 опитаних) становили чоловіки, 74% (20 опитаних) представниці жіночої статі, що в 2,8 рази більше. За допомогою GERD-Q-опитувальника було встановлено - в групі ізольованого перебігу ГЕРХ при тривалому анамнезі вираженість симптомів наростає з віком і незалежно від статі. У групі коморбідного перебігу захворювань симптоми ХХ наростають з віком і впливають на перебіг ГЕРХ, що проявляється більшою вираженістю симптомів в старших вікових групах, в порівнянні з менш вираженим перебігом ГЕРХ у групі ізольованого перебігу хвороби в тих самих вікових групах. Згідно анкетування ХХ зустрічається переважно у жінок, однак обтяжує перебіг ГЕРХ як у чоловіків так і у жінок. В групі пацієнтів, які приймали Пантопразол і Укрлів у стандартних дозах вираженість симптомів ГЕРХ після проведеного лікування є значно меншою, ніж у пацієнтів, що отримували лише Пантопразол.

Висновки: У поєданому перебігові ГЕРХ і ХХ встановлено тісний беззаперечний патогенетичний зв'язок, що потребує особливих підходів до діагностики даних захворювань з практичним виходом на специфічні для даних патологій аспекти в лікуванні, що мають бути направлені на кожне із захворювань.

О.О. Токарчук

РІВНІ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, ЗВ'ЯЗОК З ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Шевчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні є актуальним вивчення ролі лептину в розвитку аутоімунних захворювань. Суттєве його підвищення виявлено в осіб з системним червоним вовчаком, синдромом Шегрена та псоріатичним артритом. У хворих на ревматоїдний артрит (РА) також спостерігається підвищення вмісту лептину в сироватці крові. Однак як змінюється концентрація лептину в умовах запального процесу та як він асоціюється з іншими факторами які обтяжують перебіг захворювання невідомо.

Мета: дослідження концентрації лептину у хворих на ревматоїдний артрит та визначення його зв'язку з перебігом захворювання.

Матеріали та методи: У відповідності до мети дослідження нами було обстежено 78 хворих на РА та 23 особи контрольної групи відповідного віку. Співвідношення між чоловіками та жінками в основній та контрольній групах було співставним. Діагноз РА встановлювали відповідно до критеріїв, запропонованих Американською колегією ревматологів (ACR) спільно з Європейською антиревматичною лігою (Aletaha D., 2010). Для оцінки активності РА використовували індекс активності DAS28 (DiseaseActivityScore), який розраховували за формулою, запропонованою van der D.M. Heijdeet та співавторами (2000). Також оцінювали рівень ШОЕ, концентрацію СРП та ФНП-альфа. Вміст лептину в сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою набору реактивів фірми „DRG”, Німеччина.

Результати: Проведене дослідження показало, що вміст лептину в сироватці крові у практично здорових осіб та хворих з РА суттєво відрізнявся. Так, при проведенні перцентильного аналізу встановлено, що у осіб контрольної групи рівень лептину знаходився в діапазоні 7,2–30,3 нг/мл (P5–P95), а у хворих з РА становив 10,5–35,5 нг/мл. Середній вміст лептину в сироватці крові хворих на РА дорівнював 21,12±0,96 нг/мл, в той час, як у осіб контрольної групи – 14,26±1,56 нг/мл, і був нижчим на 47%. Оскільки в літературі нами не було знайдено критеріїв оцінки сироваткових рівнів лептину, для подальшого аналізу були обрані показники, які наближаються до P75 та P95 групи контролю. Оптимальним вважали рівень лептину при показниках нижче 13,6 нг/мл (<P75), гранично високим – 13,6–28,9 нг/мл (P75 - P95), високим – вище 28,9 нг/мл (>P95). Частка осіб з високим рівнем лептину в групі хворих на РА становила 21,8% проти 13% в групі контролю. Не знайдено відмінностей в концентрації лептину між чоловіками та жінками. Рівні лептину суттєво не залежали від віку та тривалості захворювання. Водночас вміст адипокіну асоціювався зі зростанням активності запального процесу. Так, у хворих з дуже високим рівнем лептину показник DAS28 був (на 18,5%) вищим ніж у хворих з гранично високим та на 35,5% ніж у хворих з оптимальним рівнем. Підвищення рівнів досліджуваного показника також асоціювалось з рівнем ШОЄ (r=0,32), СРБ (r=0,40) та ФНП-альфа (r=0,42).

Висновки: Таким чином у хворих на РА в порівнянні з пацієнтами контрольної групи має місце вірогідне збільшення в сироватці крові рівнів лептину. Вміст його тісно асоціюється з важкістю перебігу захворювання, особливо з показником DAS28 та ФНП-альфа і суттєво не залежить від віку та тривалості захворювання.

В.П. Торгай, И. Матчак, Р. Ридко¹дубский, В. Атаманюк, Ю. Калистру

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ВАЛВУЛОПАТИЯМИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.В. Греждиеру (к.мед.н, доц.), Л.Ф.Гриб (д.мед.н., проф.)

Департамент внутренних болезней, Дисциплина «Кардиология», Медицинская клиника № 3

Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану»

г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность темы: Инфекционный эндокардит (ИЭ) является тяжёлым инфекционным заболеванием с 2.6-11.6 случаев на 100.000 населения в год и высокой смертностью 20-50%. В развивающихся странах ревматические пороки сердца являются наиболее частым предрасполагающим фактором ИЭ в 20-25% случаях, а в развитых странах преобладают дегенеративные пороки сердца - 21%.

Материалы и методы: Пациент С., 57 лет. Диагноз: Активный инфекционный эндокардит, стрептококковой этиологии, с поражением митрального клапана, вегетации 12x4мм. Выраженный митральный стеноз. Недостаточность митрального клапана IV ст., трёхстворчатого клапана III ст., аортального клапана II ст., клапана легочной артерии II ст. Мерцательная аритмия пароксизмальна форма. Хроническая сердечная недостаточность II NYHA. Обследован клинически и параклинически.

Результаты: лихорадка, инспираторная одышка, сердцебиение, выраженная слабость, боли в суставах. Объективно: кожные покровы бледные. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 уд в мин, АД 120/80 mmHg. Анемия, лейкоцитоз, лимфопения, повышенная СОЭ. Гемокультура: высеян *Streptococcus viridans*. ЭКГ - синусовая тахикардия с ЧСС 110 уд/мин. ЭОС отклонена влево. Полная блокада правой н.п. Гисса. Наджелудочковые экстрасистолы. Эхокардиография: Индурация восходящей части аорты. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия 0.9см². Расширение левого желудочка, левого предсердия. ФВ - 48%. Вегетации на митральном клапане 12x4mm. Недостаточность митрального клапана IV ст., трёхстворчатого клапана III ст., аортального клапана II ст., клапана легочной артерии II ст. Умеренная легочная гипертензия.

Лечение: комбинированная антибиотикотерапия, противогрибковые и антиаритмические препараты.

Выводы: пациенты с ревматическими пороками сердца развивают чаще инфекционный эндокардит стрептококковой этиологии, с поражением митрального клапана, который ухудшает прогноз больного.

М.В. Торопчина, А.О. Бахтізіна

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ І ФАКТОРИ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ОСІБ З КАРДІАЛГІЄЮ

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини

В.М. Коршак (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Біль в області серця (кардіалгія) є однією з найпоширеніших скарг, з приводу якої хворі звертаються за медичною допомогою. Необхідно пам'ятати, що інтенсивність і значна частота виникнення болю не завжди свідчать про її зв'язок з тяжким захворюванням серця. Для верифікації кардіалгій широко використовуються функціональні проби з дозованим фізичним навантаженням.

Мета: Визначення толерантності до фізичного навантаження у осіб з кардіалгією в залежності від існуючих факторів ризику для формування мотивації самокорекції шийно-грудного відділу хребта і покращення якості життя.

Матеріали і методи: Толерантність до фізичного навантаження визначали у 406 осіб, які звернулись за медичною допомогою з приводу кардіалгії. Анкетою визначали і оцінювали фактори ризику захворювань системи кровообігу. Соматоскопічно визначали форму спини, соматометрично виявляли больові точки на грудній клітці.

Результати: У 78,5 % обстежених осіб з кардіалгіями виявлені активні тригерні зони в області лівої половини грудної клітки. У осіб з кардіалгією, які вказували на захворювання системи кровообігу у кровних родичів, порогове навантаження і пульсова вартість 1 Вт навантаження суттєво відрізнялися від інших ($87,3 \pm 4,3$ Вт проти $132,3 \pm 3,6$ Вт і $1,7 \pm 0,05$ проти $1,2 \pm 0,09$, $P \leq 0,05$, відповідно). Біоелектричні ознаки погіршення коронарного кровотоку реєструвались у 19 % осіб з кардіалгіями і захворюваннями серця у кровних родичів. Достовірної різниці контрольованих показників між групами порівняння за іншими факторами ризику (куріння, маса тіла, рівень холестерину в крові, група професійного зусилля) не виявлено.

Висновки: 1. Толерантність до фізичного навантаження у осіб з кардіалгією знижувалась при наявності в анамнезі захворюваності системи кровообігу у кровних родичів. 2. У більшості осіб, які звертаються за допомогою з приводу кардіалгій реєструвались соматоскопічні і соматометричні ознаки вертебральних порушень в шийно - грудному відділі хребта. 3. Для ефективної медичної реабілітації осіб з кардіалгією і покращення якості їх життя необхідно формувати мотивацію до постійної самокорекції шийно-грудного відділу хребта.

В. А. Тростенюк

МІЖНАРОДНІ ТА УКРАЇНСЬКІ УЗГОДЖУВАЛЬНІ ДОКУМЕНТИ ПО БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ - У ЧОМУ ВІДМІННОСТІ?

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

М.В. Овчарук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За оцінками, на бронхіальну астму (БА) страждають 300 млн осіб по всьому світу. Вона є глобальною проблемою охорони здоров'я, оскільки вражає усі вікові групи населення, її частота зростає в багатьох країнах, що розвиваються; збільшуються витрати на лікування БА, а також тягар, обумовлений захворюванням, для пацієнтів та популяції загалом.

Мета: Порівняти відмінності міжнародних та українських рекомендацій стосовно лікування БА.

Матеріали та методи: Аналіз та порівняння The Global Initiative for Asthma (GINA) перегляд 2016 р., Наказ МОЗ України №868 від 08.10.2013р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі», Адаптованої Настави МОЗ України (2013 р.) та методичних рекомендацій ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» (2013 р.).

Результати: Лікування БА згідно вітчизняних рекомендацій та міжнародних здійснюється покроково. Існує алгоритм лікування, що складається з 5-ти кроків. Згідно GINA 2016 рекомендовано якомога раніше призначити інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС), що забезпечує краще збереження легеневої функції, у порівнянні з тими, в кого лікування почалось після існування симптомів 2-4 роки. 1 крок лікування БА - β_2 -агоністи швидкої дії при потребі та/або призначення низьких доз ІГКС. 2 крок – прийом низьких доз ІГКС + β_2 -агоністи швидкої дії за потреби. Інший варіант – антилейкотрієнові препарати (АРЛ), згідно GINA, є менш ефективними ніж ІГКС. На 3 кроці лікування рекомендовано призначення низьких доз ІГКС + тривало діючі β_2 -агоністи (ТДБА) як підтримувальна терапія + β_2 -агоністи швидкої дії при потребі або ІГКС/формотерол як підтримуюча та допоміжна терапія та наголошено на більшій ефективності останньої, в порівнянні з першою, що є новими рекомендаціями. Як інший варіант, згідно GINA, рекомендовано середні дози ІГКС. 4 крок згідно міжнародних рекомендацій включає низькі дози ІГКС/формотерол як підтримувальна та допоміжна терапія або середні дози ІГКС + ТДБА як підтримувальна терапія + β_2 -агоністи швидкої дії при потребі. Інші варіанти, рекомендується тіотропіум за допомогою аерозольного інгалятора; високі дози ІГКС + ТДБА (має багато побічних ефектів та мало додаткових переваг за даними GINA) для додаткового контролю АРЛ або теофілін з повільним вивільненням. 5 крок –направити на експертизу та додаткове лікування. Додаткова терапія полягає в призначенні тіотропіуму пацієнтам із загостреннями в анамнезі за допомогою аерозольного інгалятора, омалізумабу (анти-IgE-препарат) при тяжкій алергічній БА або меполізумабу (анти-IL-5) при тяжкій еозинофільній БА. Лікування, направлене на зміну кількості і характеру мокротиння, якщо таке можливе, покращує результати лікування. Інші варіанти: може бути доцільним призначення деяким пацієнтам низьких доз пероральних ІГКС, проте є ризик розвитку віддалених системних побічних ефектів.

Висновки: Отже, порівнюючи переглянуті європейські рекомендації (GINA 2016) з українськими, існує ряд відмінностей та оновлень в покроковому лікуванні, що необхідно враховувати та втілювати в практику з метою досягнення контролю над симптомами БА та покращення курації пацієнтів з різними ступенями важкості БА.

Я.Й. Тросцінська, Т.С. Лешук
ОСОБЛИВОСТІ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ
Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології
І.О. Давидюк (к.мед.н., ас.); Л.С. Медведева (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рівень захворюваності вітряної віспи за останні роки залишається достатньо високим. Хоч вітряна віспа частіше реєструється у дітей до 14 років, але хвороба вражає і дорослих осіб. Не дивлячись на невисокі показники реєстрації захворювання серед дорослого населення, ризик виникнення в них важких ускладнень і летальних випадків значно вищий, ніж у дітей.

Мета дослідження: Вивчення клініко-епідеміологічних особливостей вітряної віспи у дорослих, у порівнянні з дітьми.

Матеріали дослідження: проаналізовано 68 медичних карт пацієнтів (42 дітей та 26 дорослих) з діагнозом вітряної віспи, що знаходились на стаціонарному лікуванні в період 2016 року.

Результати дослідження: Кількість випадків, що потребували госпіталізації у дорослих склали 16 випадків (61,5%), у дітей 14 (33%). Як у дітей, так і в дорослих діагноз був виставлений лікарями первинної ланки у Вінницькій обласній дитячій інфекційній лікарні та у інфекційному відділенні МКЛ №1 (88,4% та 87,5% відповідно). На противагу дітям, що поступали у стаціонар в перші дні захворювання, у дорослих максимальна кількість госпіталізованих припала на 3-4 день хвороби. За сезонністю значних відмінностей у вікових групах не відмічено. При збиранні анамнезу і встановленні наявності контакту з хворими вітряною віспою, такий контакт встановлено у 58,4% випадків у дітей та 36,2 % випадків у дорослих. Початок захворювання у дітей частіше супроводжувався без продромальних явищ, у дорослих - продромальним період відмічався у 80% випадків (сильний головний біль, слабкість, зниження апетиту, швидка втома). Температурна реакція в середньому у дітей тривала 3-5 днів, цифри, до яких підіймалась температура не перевищували 38°C. У дорослих температура трималась в середньому 4-6 днів з підйомом до 38,5–39,5°C (55%), інтенсивною висипкою у більшості випадків. Важкий перебіг захворювання частіше реєструвався у людей старшого віку, у порівнянні з маленькими пацієнтами (78% та 25 % відповідно). Ускладнення відмічались частіше у дорослих (70%), на противагу дітям (15%). Серед старших людей у 4 пацієнтів (15,4%) мав місце серозний менінгоенцефаліт.

Висновки: У дорослих пацієнтів з вітряною віспою спостерігаються більш пізні терміни госпіталізації, що пов'язані з тривалим продромальним періодом (80% пацієнтів); перебіг захворювання більш тривалий і важчий, з вираженою температурною реакцією, частим розвитком ускладнень у порівнянні з дітьми.

Я.Й. Тросцінська
ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ. ВІКОВІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕРЕД СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ

Кафедра внутрішньої медицини №2
Н.П. Масік (д.м.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця Україна

Актуальність: Важливою проблемою сучасної кардіології та аритмології є фібриляція передсердь - розповсюджене порушення ритму серця. Серед дорослого населення вона становить 0,5-2,0%, а серед людей похилого віку досягає 10 - 15% в цілому. Вона в 2 рази підвищує рівень смерті від основних причин і в 2,4 рази від причин, пов'язаних із серцево-судинною системою. Фібриляція передсердь відноситься до широкої категорії надшлуночкових тахіаритмій і являє собою порушення ритму серцебиття, що протікає на тлі хаотичного скорочення м'язових волокон.

Мета: Вивчити частоту даної патології серед пацієнтів різного віку та статті, що знаходяться у стаціонарі з різних причин, враховуючи супутні захворювання, ускладнення та сприятливі чинники до розвитку цієї аритмії.

Матеріали: Досліджено історії хвороб 72 пацієнтів, що знаходяться на стаціонарному лікуванні з різних причин і в яких виявлено фібриляцію передсердь, з врахуванням даних клінічних, лабораторних та інструментальних даних.

Результати: У віці 35-44 років патологія зустрічалась у 2%, а вже у віці 45-55 років у 18%, 56-65 років -20%, 66-74 років - 27%, а у людей старше 75 років -у 31% і більше. У 41% сприятливим чинником виникнення була артеріальна гіпертензія. Основним фактором у 88% була ішемічна хвороба серця, ще у 6 % - ревматичні вади серця. Частіше всього реєструвалась СН 2 ст. у хворих з постійною формою фібриляції передсердь.

Висновки: Фібриляція передсердь значно частіше реєструється з віком, особливо у пацієнтів, які мають захворювання серцево-судинної системи. Вона ускладнює перебіг основних та супутніх захворювань пацієнтів, потребує постійного контролю таких хворих, скорочує тривалість та комфорт життя.

Т.І. Трофімчук
**ВИВЧЕННЯ ЗМІН ЕКГ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНІВ ЕЛЕКТРОЛІТІВ КРОВІ У ХВОРИХ З
ХВОРОБОЮ АДДИСОНА**

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти
З.П. Ніжинська-Астапенко (ас.)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Первинна хронічна недостатність кіркової речовини надниркових залоз (хвороба Аддісона) — це захворювання надниркових залоз, що зумовлене деструкцією кори органу та зниженням біосинтезу її гормонів. Поширеність хвороби Аддісона (ХА) в популяції становить близько 4 хворих на 100000 населення. Важливе значення при діагностиці ХА має дослідження рівнів електролітів у плазмі крові, в першу чергу - натрію (Na) і калію (K). Зрушення у водно-електролітному балансі при хворобі Аддісона можуть призводити до глибоких дистрофічних змін в міокарді, зниження його скорочувальної здатності, порушенні провідності серця, які в свою чергу можна виявити під час електрокардіографії.

Мета: дослідити зміни на ЕКГ, що виникають у пацієнтів з хворобою Аддісона та зв'язок цих змін із рівнями електролітів у крові цих пацієнтів.

Матеріали та методи: У ході дослідження були опрацьовані історії хвороб 20 пацієнтів (13 жінок і 7 чоловіків) віком від 23 до 58 років з клінічним діагнозом - хронічна надниркова недостатність, важка форма, в стадії субкомпенсації. Для аналізу були використанні дані з історій хвороб, а саме: результати електрокардіографії та рівні K і Na в плазмі крові. При оцінці ЕКГ враховувались такі показники: ЧСС, ритм, положення електричної осі серця та зміни з боку зубців, комплексів та інтервалів.

Результати: Після проведеного аналізу було встановлено, що у 11 хворих рівні електролітів (Na і K) були в межах норми (на фоні проведеної замісної терапії), тоді як у 6 хворих спостерігалась гіперкаліємія, а ще у 3 хворих гіперкаліємія поєднувалась з гіпонатріємією. При вивченні ЕКГ, у 9 хворих без елетролітних зрушень, ЧСС знаходилась в межах норми, а у 2 пацієнтів - спостерігалась тахікардія. Ритм серця у даних хворих був синусовий, регулярний, положення елетричної вісі серця було в межах норми. У 4 пацієнтів було виявлено переважаючі біопотенціалів лівого шлуночку. Серед пацієнтів як із ізольованою гіперкаліємією, так із комбінованим елетролітним порушенням (гіпокаліємія і гіпонатріємія) встановлено: ЧСС у всіх пацієнтів була в межах норми, ритм синусовий, правильний, нормальне положення елетричної вісі серця. У 7 хворих було виявлено зниження амплітуди зубця Т та незначне подовження інтервалу Q-T (в межах 0,45-0,5с). Крім того у 4 з 9 хворих також було виявлено розширення комплексу QRS (>0,1с). У однієї хворої з гіперкаліємією (6,3 ммоль/л) виявлено подовження інтервалу P-R.

Висновки: Проаналізувавши отримані результати, можна зробити наступні висновки: 1. Зміни на ЕКГ при ХА частіше з'являються у хворих із порушенням елетролітного балансу (гіперкаліємією та гіпонатріємією) та найчастіше представлені у вигляді зниження амплітуди (аж до зникнення) зубця Т, подовження інтервалу Q-T, розширення комплексу QRS. 2. Значно рідше (при вираженій гіперкаліємії) спостерігається подовження інтервалу P-R. 3. Не завжди при зміні рівнів електролітів спостерігались характерні зміни на ЕКГ, тому вивчені ЕКГ-ознаки не можна вважати специфічними саме для елетролітних змін, оскільки вони є результатом впливу багатьох чинників на серцево-судинну систему.

Д.А. Фельдман¹, В.Б. Михайлов²
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПРИ
НАЯВНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології¹
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології²
П.Г. Кравчун (д.мед.н., проф.), Г.М. Кожина (д.мед.н., проф.)
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Поширеність інфаркту міокарда (ІМ) становить 500 випадків на 100 тис. чоловіків та 100 випадків на 100 тис. жінок. Психічні порушення можуть передувати ІМ, а можуть розвиватися як ускладнення ІМ.

Мета дослідження: вивчити частоту виникнення психічних розладів при ГІМ та їх наслідки на перебіг захворювання.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 70 хворих з ГІМ. Обстеження проводилося на базі Харківської міської клінічної лікарні №27 та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Використовувались клініко-психопатологічні, психодіагностичні та статистичні методи дослідження. Хворі були розподілені на 2 групи за формами ІМ. Q-ІМ зустрічався у 71,1% випадків, не Q-ГІМ - 28,9% випадків.

Результати дослідження: Найбільш частими скаргами на етапах обстеження у осіб, які перенесли ІМ, були різні больові прояви, частіше - кардіалгії (86,6%), коливання артеріального тиску (86,6%), почуття нестачі повітря і задишка (76,6%), порушення серцевого ритму (73,3%). Клініко-психологічне обстеження показало, що

у 42 хворих (60%), окрім кардіологічних скарг, спостерігалася астено-іпохондрічна, астено-депресивна, астено-тривожна та астено-фобічна симптоматика. Пацієнтами висловлювалася невіра в можливість одужання, звільнення від страхів, думки про нібито неминуче наставало при ГІМ, «фізична неспроможність», в деяких випадках мав місце raptus melancholicus («вибух туги»). На перший план виступали побоювання, що належать до сфери соматичного здоров'я. За шкалою Спілбергена-Ханіна на перший план у гострому періоді ГІМ виходила реактивна тривожність. За шкалою якості життя найнижче всього були оцінені показники «Працездатність» та «Загальне сприйняття якості життя». У даних осіб в порівнянні з пацієнтами, які не мали психічних порушень, виявлявся більш виражений вегетативний дисбаланс, що полягав у підвищенні симпатичної та зниженні вагусної активності. Частота розвитку гострих психозів (ГП) у хворих становила 8,5% (3 особи). При аналізі рівнів летальності людей з ГІМ було виявлено, що летальність при розвитку ГП була значно вище (26%), ніж без ОП (9,8%).

Висновки: Таким чином, результати дослідження свідчать про важливість даної проблеми для сучасної кардіології, бо у 60% обстежуваних хворих на ГІМ мала місце тривожно-депресивна симптоматика. Тому, окрім стандартної терапії ГІМ, такі пацієнти повинні проходити консультацію психологів та психіатрів для подальшої фармакологічної та психотерапевтичної (особистісно – орієнтована та раціональна психотерапія, аутотренінги) корекції.

К.В. Ферфецька, О.І. Федів

**ПОПУЛЯЦІЙНІ ТА РАСОВІ ВІДМІННОСТІ ЧАСТОТ ГЕНОТИПІВ, АЛЕЛЕЙ INS/DEL
ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА APO-B У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З
ОЖИРІННЯМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

О.І. Федів (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

Актуальність теми: Останнім часом доведено зв'язок між ожирінням та генетичними особливостями організму. Поліморфні варіації ряду генів призводять до дисліпідемії, інсулінорезистентності, ожиріння із розвитком патології різних органів, у тому числі і підшлункової залози. Одним із генетичних факторів, які сприяють розвитку ожиріння є поліморфізм гену аполіпопротеїну В, картованого в основному в 2p24 даного гену. А оскільки Ins/Del-поліморфізм гену Apo-B відіграє важливу роль у метаболізмі холестерину і може бути однією з важливих причин генетично зумовленої дисліпідемії, **метою** нашої роботи було провести аналіз даного поліморфізму (rs17240441) у структурі хворих на ХП за коморбідності із ЦД 2 типу та ожирінням і встановити популяційні та расові відмінності частот генотипів та алелей у таких хворих.

Матеріали і методи: Геномну ДНК для молекулярно-генетичного дослідження виділяли з периферійної крові за допомогою комерційної тест-системи “innuPREP Blood DNA Mini Kit” (Німеччина). Для визначення поліморфних варіантів гену ApoB ins/del (rs 17240441) використовували модифіковані протоколи з олігонуклеотидними праймерами із застосуванням методу ПЛР. Стан ампліфікаційних фрагментів аналізували в 4% агарозному гелі (агароза фірми «Cleaver Scientific», Великобританія), з додаванням бромистого етидію, маркера молекулярної ваги GeneRuler 50 bp DNA Ladder («Thermo Scientific», США) та подальшою візуалізацією за допомогою комп'ютерної програми Vitran. Візуалізували отримані результати в транслюмінаторі.

Нами обстежено 90 пацієнтів, поділені на дві групи: 1 групу склали 49 хворих на ХП, поєднаний з ожирінням та ЦД типу 2, 2 групу – 41 практично здорова особа (контрольна група).

Результати: Популяційний та расовий аналіз засвідчив, що частота мінорного DelDel-генотипу гену Apo-B серед обстежених нами осіб (10,20% - у хворих, 17,07% - у контролі) не відрізняється вірогідно від такої для європеїдних популяцій, у т.ч за алельним розподілом ($P_{Ins}=0,61-0,70$ та $P_{Del}=0,29-0,34$ проти $P_{Del}=0,30-0,39$). При цьому частота Ins-алеля у наших дослідженнях є меншою за таку для екваторіальної раси та окремих популяцій азіатської раси ($P_{Ins}=0,61-0,70$ проти $P_{Ins}=0,80-0,82$, $p<0,05$), натомість частота Del-алеля невірогідно вища, ніж у афроамериканців ($P_{Del}=0,29-0,34$ проти $P_{Del}=0,19-0,20$, $p>0,05$) відповідно.

Висновки: Мінорний DelDel-генотипу гену Apo-B у хворих хронічним панкреатитом, поєднаним з ожирінням та цукровим діабетом типу 2 мешканців Чернівецької області зустрічається у 10,2 %, що не відрізняється вірогідно від європеїдних популяцій.

И.Г. Фурсов
ДИСТИРЕОЗ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ И БЕЗ НЕГО

Кафедра внутренней медицины № 3
Т.А. Моисеенко (к.мед.н., доц)
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Актуальность: При многих соматических заболеваниях уровни тиреоидных гормонов в сыворотке крови меняются, но при этом отсутствуют клинические признаки дисфункции щитовидной железы, а лабораторные изменения исчезают по мере лечения основного заболевания. Феномен - «синдром псевдодисфункции щитовидной железы». Особенности тиреоидного статуса у больных ожирением и сахарным диабетом 2 типа (СД-2) исследованы недостаточно.

Цель: Определение тиреоидного баланса у больных СД-2 с изолированным течением и в сочетании с ожирением, исследование возможных связей с состоянием гепатобилиарной системы.

Материалы и методы: В группу обследованных включали больных СД-2 в возрасте 40-74 года, которые находились на лечении в эндокринологическом отделении областной клинической больницы Харькова. Всего было обследовано 72 больных СД-2 (34 пациента имели СД-2 с сопутствующим ожирением; 38 - СД-2 с нормальной массой тела) и 12 здоровых лиц соответствующего возраста. Антропометрическими критериям ожирения был индекс Кетле (ИМТ). Верификация диагноза СД основывалась на определении показателей углеводного баланса, уровень С-пептида и иммунореактивного инсулина. Определяли показатели тиреоидного статуса.

Результаты: Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с наличием или отсутствием таких признаков: избыточной или нормальной массы тела и неалкогольного стеатоза печени (НАСП): 1) больные СД-2 с НАСП и ожирением (включались пациенты, имевшие избыточный вес ИМТ 25-30 кг / м² и ожирение I-II степени ИМТ 30-35 кг / м²); 2) больные СД-2 с ожирением без НАСП; 3) больные СД-2 с нормальным весом и НАСП; 4) больные СД-2 с нормальным весом без НАСП.

Наличие НАСП сопровождалось андронидным типом отложения жировой клетчатки и большим стажем СД-2. У больных с НАСП эхоскопически выявляли увеличение вертикального и сагиттального размера печени на 2-4 см и гиперэхогенность, неоднородность структуры паренхимы печени. У больных СД-2 с НАСП выявлены изменения баланса гормонов гипофизарно-тиреоидной системы: повышение уровня ТТГ, дефицит свободного Т3 на фоне относительного избытка свободного Т4. Клинических признаков гипотиреоза у пациентов с СД-2 и НАСП обнаружено не было. Данный вариант можно расценить как "синдром нетиреоидных заболеваний". Повышение содержания ТТГ является ответной реакцией гипоталамо-гипофизарной системы на снижение уровня свободного Т3.

Выводы: У больных СД-2 с НАСП и ожирением выявлены признаки тиреоидного дисбаланса в виде субклинического гипотиреоза с компенсаторным повышением уровня ТТГ. Диспропорция между биологически неактивной и активной формами тиреоидных гормонов с количественным преобладанием малоактивных формы позволяет говорить о наличии у больных СД-2 с НАСП относительного гипотиреоидного синдрома.

С.М. Хомич, А.О. Шиманський, К.О. Маркиш
РЕАБІЛІТАЦІЙНА ОПІКА СПОРТСМЕНІВ-АМАТОРІВ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ЖИРОСПАЛЮВАЧІ В КОНТЕКСТІ СПОРТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи
О.В. Марчук (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зростаюча останнім часом актуальність теми здорового способу життя допомагає людям приходити до того, що незбалансоване харчування, шкідливі звички, величезна кількість стресу, відсутність достатньої кількості фізичних навантажень негативно позначаються на самопочутті, кількості захворювань та тривалості життя. Даним трендом також скористалися і деякі фарм-компанії, які пропонують застосування жироспалювачів різної природи, зазвичай закриваючи очі на їх шкоду та неефективність.

Мета: Здійснити огляд доступних достовірних інформаційних джерел, як існуючих на сьогодні, способів оцінки та моніторингу можливих ризиків жироспалювачів. Проаналізувати стан поінформованості про доцільності та безпечності застосування жироспалювачів.

Матеріали та методи: Нами було використані власні спостереження та власний досвід, інтерв'ювання, серед доступних у спілкуванні тренерів та лікарів, студентів медичних ВНЗ, аналітичний огляд реєстрів МОЗ України, інших відкритих інформаційних джерел та баз даних, інтерв'ювання по типу "таємний клієнт" серед розповсюджувачів спортивного харчування у м. Вінниця та в мережі Інтернет, синтез можливих ризиків застосування жироспалювачів шляхом вибіркового аналізу та співставлення офіційних відомостей про їх монокомпоненти, анкетування спортсменів-аматорів, що відвідують заклади фізкультурно-спортивного спрямування.

Результати та обговорення: Жироспалювачі - умовна група продуктів або препаратів для позбавлення від зайвої підшкірної жирової клітковини, шляхом швидкої активізації розщеплення жирових запасів та їх перетворення на енергію за допомогою механізму термогенеза - збільшуючи і прискорюючи витрату калорій одночасно підвищуючи енергетичні витрати і знижують утворення і накопичення жиру. Нами виявлено: 1030 - спільнот по здоров'ю, по спорту- 1159, з них присвячені спортивному харчуванню - 893, жироспалювачам - 503. До складу останніх найчастіше включені наступні речовини: рослинні екстракти (дерева йохімбе, чаю, кавових зерен, гуарани, мучниці, квасолі, селери та ін.), амінокислоти (метіонін, аргінін, тирозин, лейцин), харчові волокна, холін, ліпоева кислота, L-карнітин. Ці речовини мають натуральне походження і не є допінгами. Заборонені компоненти: диметиламіламин або екстракт Герані, ефедрин, сибутрамін, ЕКА (ефедрин, кофеїн, асірін), та інші, включені в список антидопінгового кодексу. Небезпечні компоненти: гормони щитовидної залози, проносні і сечогінні компоненти.

Висновки: На основі наших даних, склавши уявлення про найбільш популярні жироспалювачі та проаналізувавши склад, ми виявили, що більшість із них містять компоненти, які заборонені та входять в список Всесвітньої антидопінгової Кодексу.

О.А. Чайківська

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВОЛОСИСТОКЛІТИННОЇ ЛЕЙКЕМІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №3

О.І. Афанасюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Волосистоклітинна лейкемія (НСЛ) одна із рідкісних форм В-клітинних хронічних лімфопроліферативних хвороб, яка характеризується наявністю типових волосистих лімфоїдних клітин у кістковому мозку та периферичній крові, спленомегалією, реактивним фіброзом кісткового мозку і панцитопенією. Найчастіше хворіють люди 50-70 років, однак за останній час дане захворювання зустрічається у пацієнтів молодше 40 років. Діагноз встановлюють через 1-36 міс. від початку захворювання у людей молодого віку. У пацієнтів старшого віку діагноз встановлюється через 1-3 міс.

Мета: удосконалити алгоритм діагностики та лікування НСЛ.

Матеріали та методи: опрацьовано вітчизняні та іноземні підручники, а також статті з 2010 по 2016 рік.

Результати: КРОК 1 - скарги. Специфічних скарг немає. Тривалий час захворювання перебігає безсимптомно. Хворі переважно мають астеновегетативний синдром. Значне потовиділення мають 100% хворих. Гіпоксичний синдром мають 71% хворих. Біль у лівій половині живота, зумовлений розтягненням капсули селезінки. Дане захворювання маніфестує інфекційними захворюваннями: піодермія, гнійний отит, пневмонія на тлі гранулоцитопенії. В деяких випадках маніфестує геморагічним синдромом, який проявляється носовими кровотечами, кровотечами з ясен, метрорагією, патехіальним висипом. КРОК 2 - Об'єктивне обстеження. Блідість, збільшення селезінки спостерігається у 100% хворих, збільшення печінки - у 65% хворих, збільшення периферичних лімфатичних вузлів розмірами 1×1 см - у 52% хворих молодого віку, та у 37% хворих людей старшого віку, геморагічний синдром - у 11% хворих від петехій до великих синців. КРОК 3 - діагностика. Аналіз крові: нормохромна анемія, виразна лейкопенія, зменшення кількості тромбоцитів. У гемограмі - лімфоцитоз. Серед лімфоцитів виявляється різна кількість дещо збільшених лімфоїдних клітин з округлим або овальним ядром, переважно блідоблакитною цитоплазмою, з нерівним краєм та характерними відростками (hairy cells). Стернальний пунктат: гіпоклітинний за рахунок гіоплазії всіх паростків. Інфільтрація кісткового мозку волосистими клітинами. Цитохімічне дослідження: у "волосистих клітинах" виявляється позитивна реакція на кислу фосфатазу. Трепанат кісткового мозку: дифузна або вогнищева інфільтрація лімфоїдними клітинами та ретикуліновий фіброз. Імунофенотипування лімфоїдних клітин: лімфоїдні клітини периферичної крові та кісткового мозку мають фенотип зрілих В- лімфоцитів, на них представлені раВ- клітинні антигени (CD19⁺, CD20⁺, CD22⁺, HLA Dr⁺, Sm Ig), CD5⁻, CD10⁻, CD11c⁺, CD25⁺, CD103⁺. КРОК 5 - лікування. Препаратом першої лінії є Кладрибін. Препаратом другої лінії - інтерферон α. При неефективності Кладрибіну і інтерферон α проводять спленектомію.

Висновки: запропонований алгоритм діагностики НСЛ сприяє більш ранньому виявленню даного захворювання. Алгоритм лікування забезпечує тривалу ремісію у 60-90% хворих.

В.І. Черепанська, Ю.В. Кубрак

ЦИФРОВА ДЕРМАТОСКОПІЯ ЯК ДОСТОВІРНИЙ МЕТОД ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ СВЕРБЛЯЧОГО ФОЛІКУЛІТУ ВАГІТНИХ

Кафедра шкірно-венеричних хвороб

Г.А. Ситнік (ст. лаб.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця Україна

Актуальність: сверблячий фолікуліт вагітних зустрічається у однієї вагітної жінки з 3000 і виникає найчастіше

в другому і третьому триместрах. Незважаючи на назву, основною ознакою цього стану шкіри є не свербіж, а велика кількість вузликів розмірами 2-4 мм. Висипання вражають шкіру плечей, спини, грудей, рідше живота, тому часто фолікуліт помилково приймається за акне або шкірну інфекцію (стафілококову, стрептококову). Необхідно розуміти, що існує велика кількість захворювань, які можуть супроводжуватися свербіжем і висипаннями на шкірі, тому сверблячий фолікуліт вагітних - це скоріше діагноз виключення, незважаючи на його поширеність, ніж первинний діагноз. У багатьох випадках спочатку необхідно виключити інфекційні захворювання, алергічну реакцію, захворювання печінки, захворювання нирок та крові.

Мета: обґрунтування цифрової дерматоскопії як оптимального та достовірного методу для диференційної діагностики сверблячого фолікуліту вагітних.

Методи та матеріали: оцінка результатів цифрової дерматоскопії при сверблячому фолікуліті теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел.

Результати: ми проводили дослідження з жінкою 28-ми років на 32-у тижні першої вагітності з двотижневим епізодом шкірного висипу, що локалізувався переважно на шкірі живота, окрім ділянки навколо пупка. В анамнезі жінки відсутні подібні епізоди до вагітності, сімейний та алергологічний анамнез не обтяжені. Під час цифрової дерматоскопії всі елементи висипу розмішувались в межах пушкового волосся, що стверджує про фолікулярну природу висипу; в більшості висипань центрально спостерігався жовтувато-оранжевий відтінок із пунктирним малюнком судин та геморагічних плям. Тампони із матеріалом, взятим з пустул, виявились стерильними, що виключило мікробний фолікуліт. На основі даних дерматоскопії був поставлений діагноз «Сверблячий фолікуліт» та призначено місцеве лікування кремом 0,1% гідрокортизону бутирату. Через тиждень даної терапії спостеріглося значне покращення стану хворої. В даному випадку дерматоскопія дала можливість віддиференціювати сверблячий фолікуліт від пруріго вагітних та пемфігоїду вагітних, які також характеризуються наявністю уртикарних висипань на поверхні живота, що виникають переважно у третьому триместрі вагітності та не відрізняються зовнішньо від подібних елементів при сверблячому фолікуліті. Дерматоскопічна картина при пруріго вагітних характеризується наявністю «білих зоряних візерунків» із коричнево-жовтим обідком, ерозіями та гіперкератозом довкола висипань.

Дерматоскопічна картина при пемфігоїді вагітних відрізняється дифузними рожевими безструктурними контурованими ділянками довкола елемента висипу.

Висновки: отже виходячи з даних дослідження можна стверджувати, що цифрова дерматоскопія є достатньо інформативним методом в діагностиці дерматозів вагітних, в даному випадку досить рідкісного сверблячого фолікуліту вагітних. До того ж, він показав себе як достовірний метод диференційної діагностики захворювань шкіри, що виникають в період вагітності та характеризуються схожою клінікою та візуалізацією елементів висипу. Не можна не зауважити, що метод є неінвазивним та не може нести будь якої загрози матері та плоду, а також він дозволяє провести дослідження в багаточисельних групах.

Г.М. Чернецька, А.Л. Барсегян

БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ ЗАСОБІВ ВИСОКОАКТИВНОЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: СНІД - особливо небезпечна хвороба, яка через відсутність у даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Україна є лідером в Європі за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. Обізнаність українців з питань ВІЛ дуже важлива, бо лікування надзвичайно складне і здійснюється завдяки високоактивній антиретровірусній терапії (ВААРТ). ВААРТ — метод терапії ВІЛ-інфекції, заключається в прийомі декількох антиретровірусних препаратів для дії на різні стадії розвитку вірусу та запобігання розвитку стійкості вірусу до одного препарату і розвитку мутацій вірусу.

Мета: Визначити механізм дії препаратів на кожній із стадій розвитку вірусу, визначити перспективність їх використання для впливу на життєдіяльність вірусу, підвищення антивірусного імунітету, зменшення ступеню прояву клінічних симптомів.

Матеріали і методи: Матеріали і методи: Матеріалом для дослідження стала наукова література, зокрема роботи Дж. Бартлетт, Дж. Галант, П. Фам «Клінічні аспекти ВІЛ-інфекції» 2012, Дж. Бартлетт «Довідник лікування ВІЛ-інфекції і СНІДу у дорослих» 2010-2011 та internet(Web science). Методом було опрацювання наукової літератури.

Результати: Основою ВААРТ є метод прийому декількох препаратів одночасно для пригнічення різних стадій розвитку вірусу. За принципом дії всі препарати поділяються на: 1. Інгібітори рецепторів: перешкоджають проникненню ВІЛ в клітину-мішень, впливаючи на корецептор. Два найбільш важливих відомих корецептора - CXCR4 і CCR5 (Маравірок). 2. Інгібітори проникнення: блокують останній етап проникнення ВІЛ в клітку-мішень (Енфувіриді). 3. Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази: механізм їх дії базується на конкурентному пригніченню зворотної транскриптази, яка забезпечує утворення ДНК, на основі РНК вірусу. Вбудовування в ланцюг ДНК, який синтезується призводить до припинення його синтезу через нездатність

цього з'єднання утворювати фосфодієфірний зв'язок (Азидотимідин, Абакавір, Ставудин, Зидовудин). 4. Ненуклеозидні інгібітори транскриптази зв'язуються з зворотною транскриптазою і зменшують її здатність синтезувати ДНК вірусу (Ефавіренз, Рилпівирин, Невирапін). 5. Інгібітори інтегралів: блокують фермент вірусу, який бере участь у встановленні вірусної ДНК в геном клітини-мішені з утворенням провірусу. Перед інтеграцією лінійні молекули ДНК вірусу спочатку замикаються в кільце і потім вже вбудовуються (Ралтегравір, Долутегравір, Елвітегравір). 6. Інгібітори протеази: блокують фермент протеазу вірусу формуючи фермент-субстратний комплекс, який розщеплює поліпротеїни на окремі білки, що входять у склад вірусу і перешкоджають утворенню вірусного капсиду. (Ампренавір, Атазанавір, Саквінавір, Ритонавір).

Висновки: Високоактивна антиретровірусна терапія найсучасніший і єдиний метод боротьби зі СНІДом. При застосуванні ВААРТ вірус може виробити стійкість до певного препарату, якщо він приймається нерегулярно або в недостатніх дозах. Існують штами вірусу, резистентні до препаратів того чи іншого класу. Також препарати комплексного лікування можуть спричиняти важкі побічні ефекти: некроз печінки, панкреатит, лактацидоз, нефротоксичну дію, токсичну дію на ЦНС, анемію.

К.Д. Чічирельо-Константинович

ВПЛИВ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ПЕРСИСТЕНЦІЇ НА ПЕРЕБІГ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ: АКЦЕНТ НА ІМУНОЛОГІЧНУ РЕАКТИВНІСТЬ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Л.В. Мороз (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Значна поширеність персистенції цитомегаловірусної інфекції (ЦМВІ) дозволяє судити про її важливу роль в розвитку змін імунологічного статусу (ІС) при НП, що впливає на перебіг, лікування та прогноз захворювання.

Мета: Дослідити показники ІС у хворих на НП молодого віку за наявності персистенції ЦМВІ та оцінити їх вплив на перебіг захворювання.

Матеріали та методи: Обстежено 97 хворих НП, середній вік яких склав $(40,1 \pm 1,7)$ роки (42 (43,3%) чоловіка, 55 (56,7%) жінок) та 60 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю за допомогою загальноприйнятих в пульмонологічній практиці лабораторно-інструментальних методів обстеження, специфічних імунологічних та вірусологічних методик.

Результати: Поширеність ЦМВІ-персистенції вища серед пацієнтів з НП порівняно із здоровими - 79,1% проти 50,0% ($p=0,013$). Встановлена значна імуносупресія по CD3 (47,9% проти 52,3% у здорових), CD4 (26,9% проти 29,6% у здорових), імунно-регуляторному індексу (ІРІ) (1,8 проти 1,9 у здорових) серед хворих НП при наявній вірусній персистенції ($p<0,001$). Серед хворих НП рівень імуносупресії був вірогідно ($p<0,001$) нижчим у ЦМВ-позитивних респондентів: CD3 – 47,9% проти 62,8% у ЦМВ-негативних, CD4 – 26,9% проти 37,8%, CD8 – 24% проти 30,6%. Рівень зниження CD3 ($p=0,002$), CD4 ($p<0,001$), CD8 ($p=0,040$) відповідав ступеню наростання персистенції. Зміни показників ІС були характерними для 84 (81,4%) пацієнтів з НП, серед них у 14 (14,3%) – клітинний тип, 30 (31,4%) – гуморальний тип, та поєднані клітинно-гуморальні зрушення – у 40 (49,9%) хворих. Клітинний та поєднаний типи імуносупресії асоціювались із більш важкими у клінічному розумінні симптомами НП.

Висновки. ЦМВІ-персистенція негативно впливає на ІС хворих НП молодого віку, що виражається у клітинній та гуморальній імуносупресії та асоціюється із більш важким в клінічному розумінні перебігом НП.

С.І. Чобанюк

РОЛЬ ЛЯМБЛІОЗНОЇ ІНВАЗІЇ В ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕННЯХ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗАХ

Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії

О.І. Захарчук (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Значна поширеність дерматозів серед населення, їх хронічний і часто тяжкий перебіг, невіршеність питань їх етіології та патогенезу представляють одну з найбільш важливих проблем охорони здоров'я. Власне шкірні прояви хронічних дерматозів часто розглядають як алергічну реакцію організму на наявність чужорідних мікроорганізмів і паразитів на продукти їх життєдіяльності, коли розвивається інтоксикація організму. У цьому випадку говорять про інфекційно-алергічну природу ХД.

Відомі дані про значну роль паразитарних інвазій кишечнику (гельмінтоз, лямбліоз) у патогенезі atopічного дерматиту, що є пусковим механізмом для імунопатологічних змін шкіри і підтримання його хронічного перебігу. Протозойний пейзаж кишечнику налічує більше 15 видів кишкових паразитів, сім з яких Найпростіші: *Giardia lamblia*, *Chylomastix mesnili*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Jodamoeba butchilii*, *Entamoeba hartmannii*.

Мета і завдання. Підвищити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози (ХД) алергічного генезу на тлі лямбліозної інвазії (ЛІ) шляхом вивчення патогенезу і вдосконалення діагностики й лікування.

Методи дослідження: Клінічні та лабораторні, паразитологічні, імуноферментні, імунологічні, статистичні.

Основні результати: Встановлено обтяжливий вплив ЛІ на клінічний перебіг ХД, що характеризується переважанням тяжких і хронічних форм. Частота виявлення лямблій при першому дослідженні фекалій хворих на ХД на тлі прийому ентеросорбентів досягала 30%, а у хворих, які уникали прийому ентеросорбентів протягом 5-7 днів перед обстеженням лямблій виявляли у 91% пацієнтів ($P < 0,001$). У хворих на ХД на тлі ЛІ і без неї встановлено зниження ($P < 0,01$) у крові CD3 (відповідно $46,49 \pm 0,48\%$ проти $65,20 \pm 4,80\%$ у контрольній групі), показники CD8 ($13,28 \pm 0,21\%$ проти $20,70 \pm 2,10\%$) нижчі ($P < 0,05$) на тлі прازیтозу. Спостерігалось підвищення імунорегуляторного індексу ($2,51 \pm 0,39$ проти $1,89 \pm 0,03$ в контрольній групі). У хворих на лямбліоз без патології шкіри відсоток CD3, CD8, CD4 менший норми, на рівні показників у пацієнтів з ХД. Вміст IgE в сироватці крові пацієнтів з ХД на тлі ЛІ більший ($129,51 \pm 10,52$), ніж у здорових ($75,00 \pm 5,00$ од/мл) ($P < 0,01$), і більший, ніж у пацієнтів з ХД без супутньої ЛІ ($70,16 \pm 7,68$ од/мл) ($P < 0,01$). Кількісні зміни IgA, IgM, IgG і ЦІК у хворих на ХД не залежали від наявності супутньої ЛІ.

Висновок: Комплексне лікування хворих на ХД на тлі ЛІ з хронодетермінованим призначенням протистозидних препаратів похідних орнідазолу забезпечило клінічне одужання 88,3% хворих проти 19,2% - без такої терапії ($P < 0,001$), зокрема підвищення відносних і абсолютних показників CD3 ($P < 0,01$). Показники кількості CD4, CD8, CD16 наблизилися до рівня норми.

Я.Ю. Швед

ЗАСТОСУВАННЯ SICAPLAST БАЛЬЗАМ В5 ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

Кафедра шкірних і венеричних хвороб

І.Є. Кізіна (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Атопічний дерматит або атопічна екзема – це алергійна хвороба, що має рецидивуючий перебіг і вражає, як правило, людей, генетично схильних до atopії та є досить поширеним останнім часом. Збільшення кількості хворих пов'язане із забрудненням навколишнього середовища шкідливими речовинами та збільшенням кількості хімічних чинників у побуті кожної людини. Під час нападів шкіра свербить, а іноді навіть з'являються виділення, які потім призводять до виникнення пухирів. Щоб скоротити кількість загострень, важливо уникати контакту з алергенами та постійно наносити пом'якшувальні креми.

Мета: Оцінити ефективність препарату SICAPLAST БАЛЬЗАМ В5 для лікування атопічного дерматиту в період загострення. Забезпечити хворих на атопічний дерматит препаратами, що не мають негативного впливу на епідермальний бар'єр, не призводять до атрофії шкіри (особливо обличчя), не супроводжуються стероїдною залежністю.

Матеріали і методи: Під клінічним спостереженням знаходилось 23 пацієнтів віком від 16 до 30 років, що страждали на атопічний дерматит легкого та середнього ступеня важкості, площа уражень шкіри була не більше 20%. SICAPLAST БАЛЬЗАМ В5 наносили двічі на день тонким шаром, м'яко втирали в ділянки шкіри, зокрема в шкіру обличчя і рук, до зникнення симптомів.

Результати: Покращення при використанні даного препарату відмічалось в 18 пацієнтів, не значний ефект у 5 пацієнтів, що потребувало додаткових додаткових препаратів для лікування. Ефект залежав від тривалості захворювання, а також від кількості курсів терапії. Під час лікування не відмічалися побічні та небажані ефекти. SICAPLAST БАЛЬЗАМ В5 добре переносився пацієнтами.

Висновок: Отримані результати свідчать про ефективність SICAPLAST БАЛЬЗАМ В5 у лікування атопічного дерматиту.

А.А. Шидлівська

КОМОРБІДНІСТЬ: АСТМА ТА ХОЗЛ У СВІТЛІ СЬОГОДЕННЯ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Ю.Л. Шкарівський (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поєднання двох таких вагомих патологій в пульмонології, як бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) турбує дослідників вже тривалий час. Це зумовлено важкістю діагностики та контролю такого коморбідного стану, що в свою чергу призводить до зниження рівня якості життя у таких пацієнтів, підвищенням рівнем інвалідності серед них та підвищенням рівня смертності, як наслідок [van Boven J.F., Román-Rodríguez M. et al, 2015; Фещенко Ю., 2015]. За даними літератури, частка пацієнтів з поєднанням симптомів БА та ХОЗЛ становить від 15 до 45% серед всіх пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легень [GINA, 2016]. У зв'язку з чим у 2014 році спільний документ GINA (Global Initiative for Asthma) та GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases) з діагностики бронхообструктивних захворювань (Diagnosis of Diseases of Chronic Airflow Limitation: Asthma, COPD and

Asthma COPD Overlap Syndrome), в якому для позначення цієї проблеми було запропоновано термін «Астма-ХОЗЛ перехресний синдром» (АХПС) (Asthma-COPD Overlap Syndrome — ACOS)».

Мета: Дослідити особливості клінічного перебігу та діагностики АХПС на основі аналізу літературних даних.

Матеріал та методи дослідження: Проведено аналіз вітчизняних та міжнародних наукових статей у фахових виданнях та пошукових системах (PubMed, Web of Science тощо).

Результати дослідження: Ключовим моментом діагностики АХПС є вчасне виявлення у пацієнта обструктивного синдрому під проведення спірометрії на тлі начебто «відповідного» анамнезу, як для БА так і для ХОЗЛ [Cosio B.G., Soriano J.B., 2016]. Перші прояви можуть з'являтися, як в молодому віці, так і після 40 років [Cataldo D., Corhay J.L. et al, 2017; Vaernes S.B., Andersen Z.J. et al, 2017]. Для АХПС характерна персистенція респіраторних симптомів з їх частковою варіабельністю [Miravittles M., Alcázar B. et al, 2015; Qu Y., Cao Y. et al, 2017]. Особливе місце в діагностиці АХПС посідає анамнез захворювань, де характерна наявність діагностованої БА та тривалий контакт з аерополітантами (цигарковий дим, загазованість тощо) [Vaz Fragoso S.A., Murphy T.E. et al, 2017; Зыков К.А. Агапова О.Ю., 2014]. При лікуванні пацієнтів з АХПС слід враховувати, що найчастіше пацієнтам встановлюється діагноз БА [Deng D.D., Zhou A.Y. et al, 2017; Kiljander T., Helin T. et al, 2015] та вони вже отримують відповідне лікування, яке в подальшому потребує корекції [Ding B., Enstone A. et al, 2016; Калашник Л., 2014].

Висновки: Труднощі в діагностиці АХПС виникають внаслідок тісного взаємозв'язку між спільних симптомів, характерних як для БА, так і для ХОЗЛ. Зазвичай своєчасне виявлення АХПС дозволяє вчасно призначити адекватну терапію та зменшити вираження симптомів захворювання, запобігти розвитку загострень, покращити якість життя пацієнтів.

Л.В. Юхименко

МІСЦЕ ПРОСТИТУЦІЇ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ. АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Бондарчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дискусія про місце проституції в сучасному суспільстві досягнула свого апогею, особливо в тій частині світу, де моральні і суспільні закони базуються на християнських засадах. Але, на даний час, стан проституції загрожує не лише моральному благополуччю суспільства, а й здоров'ю нації в цілому. Поститутки неохоче звертаються за медичною допомогою, бояться звертатись до поліції. В порівнянні з первісним суспільством, де за надання сексуальних послуг жінка отримувала їжу та захист, чи за часів стародавніх цивілізацій, в яких такі жінки не лише мали права і захищались законом, а й вважались гідними членами суспільства, сьогодні проституція – ганебна справа, яка тісно пов'язана з насиллям, хворобами, деградацією, алкоголізмом, наркоманією та смертю. Цей неблагополучний осередок все зростає, затягуючи все більше людей, а санкції та заборони тільки погіршують становище.

Мета: Довести перевагу легалізації проституції над її забороною. Спростити упереджене ставлення до даного виду діяльності, шляхом прирівняння його до професії.

Матеріали та методи: Задokumentовані інтерв'ю, які брали у жінок даного роду заняття, відеозаписи рейдів та затримань, які проводились правоохоронними органами, статистичні дані з українських та російських «центрів довіри», жіночих консультацій, СНІД центрів, а також дані Міжнародного інституту соціології, та численні соціопитування.

Результати: 88% опитаних жінок даного роду заняття, при останньому статевому контакті користувались презервативом, а, завжди, протягом місяця – 62%, 55% користуються презервативом, під час статевого акту з постійним (не комерційним) партнером; в середньому, перший статевий контакт відбувся в 16 років, за оплату – в 20; 80% регулярно вживають алкоголь, 30% – наркотики, при чому 20% – ін'єкційні; 72% пройшли тестування на ВІЛ, 17% виявились ВІЛ-інфікованими, 1% дізнається про це в жіночій консультації; найвищий рівень ВІЛ в Києві, Полтаві, Миколаєві, найменше – Луганську, Харкові, Львові; 68% жінок охоплено профілактичними програмами по ВІЛ/СНІДу; 61% звертались за допомогою в центри, що працюють в підтримку жінок комерційного сексу, з них повернулося на вулиці в перші 3 тижні 82%, ще 12% – в перші півроку, і лише 4% утримались від повернення на колишнє робоче місце; 81% відмітили основним джерелом прибутку надання сексуальних послуг, 9% – допомога батьків/родичів, дохід чоловіка/партнера – 5%, 2% – соціальна допомога, 0,3% – жебрацтво; 56% не працюють і не навчаються, 31% мають роботу (12% – постійну, 19% – підробітки), 8% – студентки ВУЗів, 3% – технікумів, 2% – ПТУ, 0,3% – школярки.

Висновки: Отже, оскільки перемогти чи забаронити даний вид діяльності неможливо – його потрібно контролювати, шляхом легалізації. На користь даного методу свідчать такі країни як Нідерланди, Німеччина, Австрія, Швейцарія, Греція, Венгрія, Латвія, в яких відмічається позитивні соціальні тенденції, у зв'язку з прийняттям такого рішення.

М.В. Яковенко

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (II-III ст.) З HER-2/NEU - ПОЗИТИВНИМИ РЕЦЕПТОРАМИ

Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною

А.В. Чорнобай (д.мед.н., проф.)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

м. Полтава, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ рак молочної залози (РМЗ) займає перше місце серед онкологічних захворювань жінок (16% всіх випадків раку). Щороку в світі виявляють

1 250 000 випадків захворювання та 458 000 випадків смерті від РМЗ, тобто кожна 8-ма жінка має ризик отримати діагноз РМЗ. Щодо України, то за даними канцер-реєстру за 2015 рік захворюваність складала 69.2 випадки на 100 тис. Із числа вперше захворівших мали стадію згідно TNM: I-ІІст. - 78,6%, ІІІст. - 12,3%, ІVст. - 7,6%, не визначена ст. - 1,5%. Згідно статистики, 10-15% хворих мають Her-2/neu позитивні рецептори. До недавнього часу, найбільш розповсюдженим методом лікування РМЗ була радикальна мастектомія, яка не повністю вирішувала проблему та залишала значний косметичний дефект, що в свою чергу викликало психо-емоційні та психо-соціальні проблеми у жінок.

Мета: Оцінка безпосередніх та віддалених результатів органозберігаючих втручань у хворих на РМЗ з позитивним HER-2/neu (3+) рецептором.

Об'єкт та методи: Проведений аналіз ефективності лікування 23 пацієнток, що лікувались в областному клінічному онкологічному диспансері м. Полтави з діагнозом: рак молочної залози з позитивним HER-2/neu (3+) рецептором: (T₂N₁M₀ - 13(56,5%), T₂N₀M₀ - 6(26,1%), T₃N₁M₀ - 2(8,7%), T₀N₂M₀ - 2(8,7%)) - з них (ER+; PR+) - 13(56,5%), (ER-; PR-) - 10(43,5%). Хворі отримали наступне лікування: 6 курсів неoad'ювантної терапії (паклітаксел - 200 мг/м², герцептин - 6 мг/кг). У всіх досліджуваних була діагностована часткова регресія. Всім пацієнткам незалежно від стадії виконані органозберігаючі втручання: 20 (T₂N₁M₀, T₂N₀M₀, T₃N₁M₀) - квадрантектomia з аксиллярною лімфаденектомією, 2 (T₀N₂M₀) - аксиллярна лімфаденектомія, 1 (T₂N₀M₀) - секторальна резекція з аксиллярною лімфаденопатією. Променева терапія за стандартною методикою проведена 20 хворим. Ад'ювантну терапію - (герцептин - 6 мг/кг) 8 курсів отримали всі хворі. Диспансерне спостереження проводилось за загально прийнятими принципами. Для об'єктивізації результатів проводилася мамографія кожні 6 місяців.

Результати: За 2 роки спостережень, рецидив стався лише у однієї пацієнтки. У зв'язку з цим їй була виконана мастектомія. Метастазування виявлено не було.

Висновки:

1. Проведення поєднаної хіміотерапії з герцептином в неoad'ювантному режимі у пацієнток хворих на РМЗ з позитивним HER-2/neu (3+) рецептором у 100% випадків дозволяє досягти часткової регресії процесу.
2. Органозберігаючі операції у таких пацієнток методом вибору хірургічного втручання, що не приводить до збільшення рецидивів та метастазів хвороби.

А.Г. Янковецька

ВПЛИВ АСК НА РОЗВИТОК ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

І.Г. Палій (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ацетилсаліцилова кислота (АСК) займає особливе місце серед усіх НПЗП. Ефективність аспірину в первинній профілактиці атеротромботичних подій у пацієнтів високого ризику, а також при їх вторинній профілактиці доведена численними плацебо-контрольованими дослідженнями у хворих з різною патологією, включаючи гострий коронарний синдром, стабільну стенокардію, ішемічний інсульт, периферичний атеросклероз.

В той же час, АСК може викликати пошкодження слизової оболонки шлунка і саме ці дані привели до виникнення поняття НПЗП-індукованої патології гастроудоденальної зони (гастропатії, спричиненої нестероїдними протизапальними препаратами).

В даний час під терміном «НПЗП-гастропатія» розуміється виявлення під час езофагогастроудоденоскопії пошкодження слизової оболонки шлунка та / або 12-типалої кишки з розвитком ерозій, виразок і загрозливих для життя ускладнень таких як кровотеча, перфорація.

Проблема гастропатії, зумовленої прийомом ацетилсаліцилової кислоти набуває все більшого значення, завдяки надзвичайно великій потребі у її застосуванні в якості антиагрегантної терапії, що одночасно призводить до проявів властивої їй шкідливої дії на слизову оболонку шлунково-кишкового тракту.

Мета: Тому метою нашого дослідження було дослідити вплив АСК на розвиток шлунково-кишкових розладів у пацієнтів з патологією серцево-судинної системи.

Матеріали та методи: За допомогою стандартного опитувальника GSRS, доповненого деякими уточнюючими питаннями, було проведено анкетування. У анкетуванні взяли участь 113 амбулаторних пацієнтів (53 чоловіки та 60 жінок), що перебувають на диспансерному спостереженні лікарів загальної практики – сімейної медицини у м. Вінниці. Вік хворих був у межах від 37 до 79 років. Тривалість прийому АСК складала від декількох днів до 2 тижнів – 13 хворих, від 2 тижнів до 1 місяця – 14 хворих, від 1 місяця до 6 – 23 хворих, від 6 місяців до 1 року – 22 хворих, більше 1 року АСК приймав 41 хворий.

Результати: За результатами анкетування, провідним синдромом у хворих виявився синдром абдомінального болю, який зустрічався у 36 (31,8%) осіб, диспептичний синдром був у 32 (28,3 %) хворих, діарейний синдром – 27 (23,9%) хворих, рефлюксний синдром – 12 (10, 6 %) хворих, констипаційний синдром – 6 (5,3%) хворих.

Висновки: Таким чином, нами встановлено, що поширення шлунково-кишкових розладів у пацієнтів з патологією серцево-судинної системи, що приймають АСК є досить високим, що вимагає звернення особливої уваги на ранню діагностику цих порушень, яка потребує подальшого вивчення. Суттєву допомогу у цьому лікарям, особливо спеціалістам загальної практики – сімейної медицини, може надати використання опитувальника GSRS.

А.М. Яремчук, Е.С. Пицентий

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра онкологии и радиологии

М.В. Конькова (д.мед.н., проф.)

Донецкий национальный медицинский университет

г. Лиман, Украина

Актуальность исследования: Острый панкреатит является одной из актуальных проблем хирургии пищеварительной системы. Данное заболевание занимает второе место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Актуальность данной проблемы заключается не только в увеличении пациентов с острым панкреатитом, но и в высоком уровне общей летальности (25 – 70%), связанном с возникновением такого тяжелого осложнения, как панкреонекроз (15 – 20%). Высокая летальность связана также с тяжестью самой патологии и отсутствием единого диагностического алгоритма.

Цель исследования: анализ ультразвуковых признаков острого панкреатита и его осложнений с целью улучшения эффективности диагностики данной патологии.

Материал и методы: В основу работы положены результаты обследования и лечения 67 пациентов острым панкреатитом, которые находились в хирургическом отделении ГБ№1 г. Краматорска (2015 – 2017 гг.). Всем пациентам проводили ультразвуковое исследование поджелудочной железы и парапанкреальной зоны, которое позволяет своевременно определить форму, распространенность патологического процесса и фазу развития данного заболевания.

Результаты исследования: Отмечали следующие ультразвуковые критерии изменений в поджелудочной железе, характерные для острого панкреатита: увеличение размеров поджелудочной железы, изменение формы поджелудочной железы, изменение контуров поджелудочной железы, изменение структуры поджелудочной железы, изменение эхогенности поджелудочной железы.

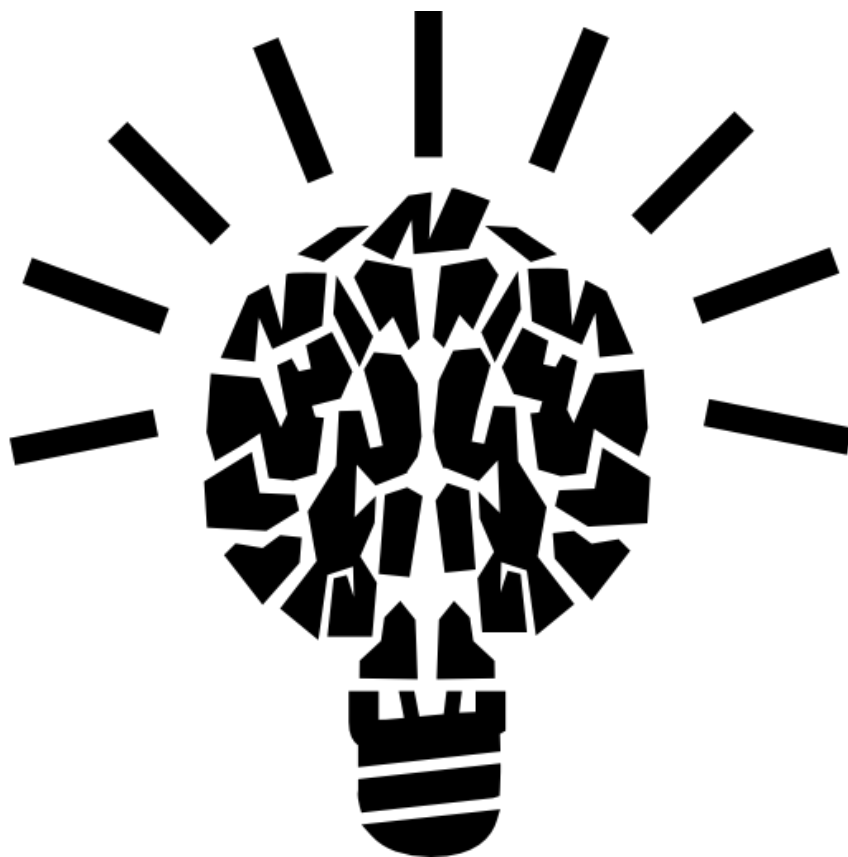
У всех обследованных больных был диагностирован: острый отечный панкреатит – 28 (41,8%) пациентов, острый деструктивный панкреатит – 39 (58,2%) пациентов.

Были выявлены следующие осложнения острого панкреатита: оментобурсит – 29 (43,2%), жидкостные коллекторы в брюшной полости – 18 (26,7%), парапанкреальный инфильтрат – 12 (17,8%), забрюшинная флегмона – 3 (4,8%), гидроторакс – 5 (7,5%) пациентов.

Для улучшения диагностики воспаления поджелудочной железы при остром панкреатите выполняли следующие технические приемы: полипозиционное сканирование, дозированная компрессия брюшной стенки, улучшение визуализации поджелудочной железы за счет создания «акустических окон», проведение эластографии.

Выводы: Ультразвуковая диагностика позволяет своевременно определить форму острого панкреатита, распространенность патологического процесса и фазу развития данного заболевания. Ультразвуковой мониторинг позволяет проследить течение патологического процесса и оценить эффективность лечения.

**КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ,
НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ**



**CLINICAL PSYCHOLOGY,
NEUROLOGY AND PSYCHIATRY**

В.Р. Артеменко, А.В. Ковтун
ЗАСТОСУВАННЯ КАНАБІНОЇДНИХ СПОЛУК У ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Я.Ю. Марункевич (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Альцгеймера – це нейродегенеративне захворювання, вперше описане в 1907 році німецьким психіатром Алоїсом Альцгеймером, що являється однією з найбільш поширених причин деменції. Етіологія даного захворювання залишається до кінця не з'ясованою. Дослідження білкової сполуки – бета-амілоїда, яку знайшли у великих концентраціях у всіх людей, які страждають хворобою Альцгеймера привело до можливості лікування даного захворювання препаратами канабіноїдного ряду, які виявляють здатність руйнувати бета-амілоїд.

Мета: Дослідити новий метод у лікуванні хвороби Альцгеймера, який оснований на застосуванні препаратів, що містять у собі тетрагідроканабінол.

Матеріали та методи: Аналіз, синтез, вивчення та порівняння матеріалів статей фахових вітчизняних та іноземних видань.

Результати: Бета-амілоїд накопичується в закінченнях нервових клітин, утворюючи щільні білкові заслінки навколо всієї клітини, призводячи до її запалення та некрозу. Наявність бета-амілоїда в нейронах є маркером хвороби Альцгеймера. В ході експериментальних досліджень, вчені вивчали вплив різних сполук, на штучно вирощені нейронні тканини, уражені бета-амілоїдом, з метою виявлення препарату, здатного полегшувати симптоми нейронного запалення. Як встановили дослідники, канабіноїдні сполуки виявили здатність руйнувати масивні скупчення бета-амілоїду, тим самим полегшуючи симптоми захворювання і запобігаючи передчасній загибелі нервових клітин. Канабіноїди здійснюють не лише захисний вплив на нейрони, але і очищують їх від надлишків бета-амілоїда, тим самим запобігаючи запаленню і загибелі нервових тканин мозку, також вони можуть збільшити рівень мозкового нейротрофічного фактора (BDNF). Цей білок, як відомо, відіграє ключову роль у формуванні нейрогенеза і пластичності мозку.

Висновки: Проаналізувавши дані наукових статей, можна зробити висновок, що сучасні методи терапії лише пом'якшують симптоми, але поки не дозволяють зупинити розвиток захворювання. Препарати, що містять тетрагідроканабінол виявляють здатність руйнувати скупчення бета-амілоїду і тим самим можуть бути ефективними у лікуванні хвороби Альцгеймера.

А.В. Багінська, Л.В. Бондарчук

ВИКОРИСТАННЯ АКУПUNKТУРИ ПРИ ЛІКУВАННІ РІЗНИХ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра нервових хвороб

Л.М. Желіба (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У XXI сторіччі існує велике різноманіття методів лікування неврологічних хвороб, серед яких чималою популярністю користується і акупунктура. За допомогою голковколуювання можна значно покращити стан хворих, і, в деяких випадках, навіть повністю позбутися певного неврологічного синдрому.

Мета: дослідити особливості застосування акупунктури при різних неврологічних захворюваннях.

Матеріали та методи: сучасні інформаційні джерела, інтернет.

Результати: Суть голкорексотерапії полягає в стимулюванні або пригніченні певної зони шкіри (біологічно активної точки), рефлекторно пов'язаної з ділянкою патологічного процесу за допомогою введення спеціальних голок. При цьому в організмі виникають відповідні реакції, однією з яких є стимуляція симпатичної нервової системи і викид кортикостероїдів – гормонів, що регулюють обмінні процеси і стан імунітету. Завдяки їм запальні процеси активно пригнічуються і симптоми захворювання поступово зменшуються. Рефлексотерапія також стимулює кровообіг і покращує передачу нервового імпульсу. Акупунктуру часто застосовують при *захворюваннях периферичної нервової системи, а саме, для корекції чутливих та рухових порушень при невралгіях, невритах, радикулопатіях, в тому числі ускладненнях кил та потрузій міжхребцевих дисків, периферійному і центральному парезі лицьового нерва, невралгії трійчастого нерва та інших лицевих болях. У багатьох випадках больові симптоми послаблюються або проходять зовсім. Також голкорексотерапія має емоційний вплив на пацієнта: покращує настрій, відновлює життєвий тонус, підвищує працездатність. Безпосередньо сама процедура не тільки не викликає неприємних відчуттів у пацієнта, але і приносить приємне розслаблення, тому її використовують при *невротичній (неврастенія, істерія, нічний енурез), тиках. Завдяки корекції взаємодії симпатичної та парасимпатичної систем акупунктуру можна використовувати при захворюваннях вегетативної нервової системи — вегето-судинній дистонії, мігрені, хворобі Рейно.**

Висновки: Таким чином, акупунктура є досить ефективною при різних неврологічних захворюваннях, вона має позитивний вплив на організм людини, зокрема заспокійливий, зміцнює імунітет, стимулює кровообіг, покращує передачу нервового імпульсу.

І.В. Багнюк

ПРОФЕСІЙНА ГОТОВНІСТЬ СТУДЕНТІВ - ПСИХОЛОГІВ ДО МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к. психол. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Особистісна готовність є необхідною умовою успішної професійної самореалізації молодого фахівця-психолога. Вона допомагає студентам усвідомлено підійти до зрозуміння та обрання для себе найбільш кращого напрямку роботи, що сприяє успішній професійній та особистісній самореалізації. Також особистісна готовність може бути умовою профілактики емоційного вигорання як виду професійної дезадаптації.

Мета: визначення розвитку особистісної готовності до професійної діяльності студентів - психологів і факторів, що визначають вираженість її розвитку.

Матеріали та методи: Вибірка становила 57 осіб студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. З них медичні психологи перший курс-11, другий курс-8, третій-13, четвертий-15, п'ятий-10. В емпіричному дослідженні була використана методика "Професійна готовність" за Кабардовою. Вона розроблена спеціально для визначення рівня професійної готовності студентів - психологів різних вузів. Методика складається із 5 шкал: автономність, інформативність, орієнтація в часі, здатність приймати рішення, емоційне ставлення.

Результати: В ході проведення психологічного дослідження серед студентів I курсу було отримано такі дані: 64% показали високий рівень готовності; 36% - середній рівень готовності. Дані свідчать про високий загальногруповий рівень готовності до майбутньої професії. Серед студентів II курсу: 0% - високий рівень; 32% - середній рівень; 68% - низький рівень готовності. Це вказує на досить низьку готовність студентів до майбутньої трудової діяльності. Дані студентів III курсу: 65% - високий рівень; 22% - середній; 13% - низький рівень готовності. Результати вказують що загальногрупова готовність студентів третього курсу знаходиться на високому рівні. Серед студентів IV курсу: 60% - високий рівень; 19% - середній; 21% - низький. Загальний рівень в межах високої готовності до майбутньої професії.

Дані V курсу: 47% високий рівень; 53% - середній рівень. Результати вказують що група має середній рівень готовності до трудової діяльності у своїй сфері.

Висновки: Трудова готовність студентів є досить цікавим явищем для досліджень адже носить мінливий характер. Існує ряд факторів які впливають на рівень готовності студентів до трудової діяльності за фахом. На кожному курсі ці фактори впливають по різному на студентів. Декого стимулюють, а декого навпаки змушують задуматися про зміну вибраної професії. На результати першого курсу могла вплинути певна ейфорія від того, що вони опинилися в омріяному ВНЗ на бажаному факультеті. Також слід зазначити, що у деякі студенти отримують стипендію, що вірогідніше теж вплинуло на результати. Низькі показники II курсу вказують на наявність у студентів кризи очікування та самовизначеності. Бали III курсу вказують на високу вмотивованість, що пояснюється зацікавленістю в майбутній професії, розумінням власної значущості у сфері психології. На IV - V курсах спостерігається виражена криза середини навчання та криза працевлаштування. Одним із факторів цих криз цілком може бути низька поінформованість про специфіку медичного психолога. Вирішення цих проблем значною мірою залежить від якості надання освіти, в системі підготовки кваліфікованих фахівців.

І.С. Безносок

МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ГОСТРИХ ШЕМІЧНИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Кафедра нервових хвороб

Л.М. Желіба (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щороку інсульт вражає більше 110 тисяч українців. Наслідки інсульту варіюють від незначної слабкості в кінцівках до паралічів і навіть смерті, близько 2/3 хворих стають інвалідами. Золотим стандартом тромболітичної терапії з 1996 року є тканинний активатор плазміногену, який необхідно доставити до тромбу протягом короткого терапевтичного вікна, що триває близько 3 годин. Проте застій кровотоку перешкоджає швидкій доставці ліків, що значно ускладнює наслідки хвороби. Тож головним завданням на сьогодні є відновлення гемодинаміки в перші години інсульту.

Мета: Визначити сучасні методи відновлення кровотоку при гострих ішемічних порушеннях мозкового кровообігу.

Матеріали та методи: опрацювання джерел сучасної наукової інформації.

Результати: Починаючи із 1995 року проводиться чимало досліджень, метою яких є створення найменш інвазивного, але разом з тим простого і доступного методу, який дозволить врятувати життя і зберегти його якість мільйонам людей з усього світу.

Селективний тромболізис передбачає введення препарату (альтеплаза) безпосередньо в місце локалізації тромбу. Препарат подається через катетер під час церебральної ангіографії в умовах рентген-операційної, оснащеної спеціалізованим ангіографічним комплексом. Загальна доза альтеплази при селективному внутрішньоартеріальному введенні становить до 20–25 мг.

Деякі автори вважають, що механічне видалення тромбу має переваги над використанням тромболітичної терапії. Протягом 2010-2013 років в Канаді було проведено дослідження за участю 291 пацієнта, яким проводилась тромбектомія стентами-ретриверами. Його результати були опубліковані в JAMA Neurology і показали, що тромболізис не є обов'язковим. 160 пацієнтів отримали тромболітики, тоді як 131 безпосередньо виконали тромбектомію. Було встановлено в 2 рази більше випадків вазоспазму після тромболізу. Зараз проводиться підготовка до схожих досліджень в Канаді, Австралії і Голландії, результати яких будуть оцінені в 2020 році. У 2016 році в Римі на щорічному конгресі кардіологів було доведено, що застосування катетерної тромбектомії без попереднього тромболізу не менш ефективне.

Серед новітніх біомедичних технологій можна відзначити магнітно посилену дифузію (MED system), випробування якої в 2014 році підтвердило її ефективність, а результати були представлені в 2015 році на Міжнародній конференції інсульту. Система створена для покращення динаміки рідини в судинах із застійним кровотоком з використанням обертового зовнішнього магнітного поля, щоб направляти в/в введені оксиди заліза у вигляді металевих мікрокульок, які транспортують ліки найшвидше із всіх можливих способів. Перевагою від тромбектомії є можливість використання для судин різного діаметру, неінвазивність, відсутність ускладнень.

Висновки: На сьогодні у світі існують різноманітні методи реканалізації судин, що створює основу для надання якісної медичної допомоги хворим з гострими ішемічними порушеннями мозкового кровообігу.

А.С. Біліченко

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТЕВИХ ВІДМІННОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к. психол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Значення здоров'я в житті кожної людини та суспільства набуває сьогодні все більшої ваги. Ознаками психічного здоров'я студентів є їхня активність, життєрадісність, адаптованість до умов навчальної діяльності у вищому навчальному закладі, низька тривожність, емоційна стабільність, здатність сприймати і аналізувати ситуацію. Одним із основних чинників впливу на психічне здоров'я студентів є тривожність. Тривожність – індивідуальна особливість, що полягає в підвищеній схильності відчувати неспокій у різних життєвих ситуаціях. Тривожність – постійно або ситуативно проявляє властивість людини перебувати у стані підвищеної турботи, відчуття страху і тривоги в специфічних соціальних ситуаціях пов'язаних або з екзаменаційними випробуваннями, або з підвищеною емоційною або фізичною напруженістю. Незначний рівень тривожності в нормі властивий всім людям і є необхідним для оптимального пристосування людини до умов дійсності.

Мета: Провести емпіричне порівняння рівнів тривожності студентської молоді в залежності від статі.

Матеріали і методи: В експерименті брали участь 60 студентів I курсу медичного факультету № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, серед яких 34 юнок і 26 юнаків. У дослідженні було використано методику «Шкала тривожності» автора Дж. Тейлора.

Результат: Результати емпіричного дослідження засвідчили наступне: серед дівчат дуже високий рівень тривожності проявлено у 5,9% вибірки, високий у 38,2%, середній ближче до високого у 32,4%, середній ближче до низького у 23,5%. А серед хлопців високий рівень тривожності проявлено у 19,2%, середній ближче до високого у 50%, середній ближче до низького у 30,8%. Низький рівень тривожності не був виявлений ані у представників чоловічої ані у представниць жіночої статі. Як видно з отриманих результатів вищий рівень тривожності проявлено у осіб жіночої статі.

Висновок: Порівняльна характеристика результатів дослідження показує, що у осіб жіночої статі тривожність вища, ніж у представників чоловічої. На нашу думку, цьому сприяє те, що дівчата з більшою усвідомленістю сприймають роль студента, мають більше проблемних хвилювань, так як їх соціальне середовище виявляється більш насичене емоційними подіями, що мають стресогенне значення. Емоційні реакції і поведінка в юнацькому віці залежать також від соціальних факторів та умов виховання, що значно різняться у чоловіків та жінок. Загалом, у всіх студентів I курсу досліджено досить високий рівень тривожності, що можна пов'язати з тим, що вони ще не встигли адаптуватись до нових умов навчання. Адже, в процесі адаптації першокурсників до навчання у ВУЗі виникають такі труднощі як: негативне переживання пов'язане з відходом вчорашніх школярів із шкільного колективу; недостатня психологічна підготовка до професії; невміння здійснювати

психологічну саморегуляцію поведінки і діяльності; недостатньо розвинене прагнення до самоосвіти.

А.Ю. Будулак, С.В. Білий, І.І. Лета

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ СТАЦІОНАРНИХ ВІДДІЛЕНЬ М. ВІННИЦЯ

Кафедра нервових хвороб

І.І. Лета (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: когнітивні порушення розповсюджені синдром серед людей літнього віку. Протягом останніх 25 років приділяється велика увага помірним когнітивним порушенням – mild cognitive impairment (MCI) які характеризуються здебільшого погіршенням пам'яті, але не приводять до значимої соціальної дезадаптації. Існує сильний зв'язок між MCI та можливим розвитком деменції в подальшому, що призводить до значних соціальних та фінансових витрат. В даний час ведуться численні дослідження по даній проблемі для формування соціальних та терапевтичних стратегій допомоги таким хворим.

Мета роботи: Оцінити розповсюдженість MCI у пацієнтів стаціонарних відділень м. Вінниця старше 50 років.

Матеріали і методи: обстежено 95 пацієнтів віком від 50 р. (20 неврологічне № 5 ВОПНЛ ім. Юценка, 26 хірургічне від. №1 МКЛ ШМД, 22 терапевтичне від. МКЛ №1, 19 терапевтичне №1 ВОКЕД, 8 гематологічне від. ВОКЛ ім. Пирогова) 40 жінок, 55 чоловіків. Проведено оцінку когнітивного статусу за шкалою МОСА (Монреальська шкала оцінки когнітивного статусу), антропометричні параметри – зріст, вага, об'єм талії та стегна, та коморбідна патологія – цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, ІХС.

Результати дослідження: медіана середнього віку пацієнтів склала 60 р. s. d. 7,93. Медіана тесту МОСА 23 бали s. d. 3,59. Медіана індексу маси тіла 29,07 s. d. 4,99. Кількість пацієнтів, що склали тест МОСА на 36-30 балів становила 23 (24%), 21-25 балів 43 (45%), нижче 20 балів – 29 (31%). Також зафіксована лінійна кореляційна залежність для показника МОСА та віку пацієнтів (показник Пірсона = -0,42, $p < 0,05$). Не встановлено кореляційної залежності між МОСА та антропометричними параметрами. Також не встановлено статистично достовірної різниці показнику МОСА між різними відділеннями. Середній показник був нижче у неврологічному відділенні, але статистично не достовірно у порівнянні з іншими відділеннями.

Висновки: розповсюдженість когнітивних порушень серед пацієнтів стаціонарних відділень старше 50 років склала 76%, MCI – 45%. В подальшому планується розширити вибірку та включити в дослідження додаткові тести оцінки когнітивного стану.

А.А. Вей, О.О. Токарчук, Д.В. Корольчук

ОЦІНКА ПРОЯВІВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В УЧАСНИКІВ ГРУП СПТ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОЕКТИВНИХ МАЛЮНКОВИХ МЕТОДИК

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: Складність і багатогранність функціонування сучасного медичного персоналу, як динамічного соціального організму зумовлюють потребу розвитку потенціалу емоційного інтелекту людини для ефективної соціальної адаптації та успішної самореалізації. емоційний інтелект – це важлива складова розвитку особистості, яку можна розвивати. Основні структурні елементи емоційного інтелекту починають розвиватися у дитинстві і з віком не зникають, а вдосконалюються упродовж періоду навчання. Серед сучасних методів досліджень емоційних проявів популярними залишаються проєктивні методи, особливо графічні (малюнкові) методики.

Мета: Дослідити через інтерпретацію графічних проєктивних методів та визначення проблемних аспектів співвідношення деяких параметрів емоційного інтелекту та емоційної компетентності у учасників груп соціально-психологічного тренінгу, що висвітлить проблемні моменти для полегшення подальшої професійної компетентності та діяльності в сфері медичного обслуговування населення.

Матеріали та методи: Аналіз малюнків 30 учасників соціально-психологічного тренінгу, які виконували методики «Дерево», «Три дерева», «Я реальний», «Я ідеальний», «Моя сім'я» з метою виявлення емоційних та особистісних особливостей. Всі обстежувані дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Результати: Розподіл учасників соціально-психологічного тренінгу по статям та віку: 72,41% - дівчата, 27,59% - хлопці; середній вік – 20,75 років для хлопців, та 20,23 – у дівчат в усіх учасників групи. В ході інтерпретації окремих елементів малюнків та цілісного їх сприйняття було виявлено: прояви тривожності в 100% хлопців та в 85,71% дівчат; наявність глибинних емоційних переживань у 37,5% чоловіків та у 38,09% дівчат; відчуття відірваності переживають 25% чоловіків та 85,71% дівчат; елементи фантазійності, які побічно свідчать про незначну інфантильність, відсутні у хлопців і наявні у 52,4% дівчат.

Висновки: Більшість респондентів у даному дослідженні виявляють відчуття тривоги, що може бути пов'язано з переживанням кризи 20-літнього віку - «виривання коренів», яка актуалізує внутрішні конфлікти, що проявляються тривожністю. Також у багатьох респондентів наявні глибинні емоційні проблеми та відчуття відірваності. У значної частини респондентів жіночої статі присутні ознаки інфантильності. Важливим моментом у застосуванні комплексу тематичних малюнків в порівнянні із використанням стандартизованих графічних методик є те, що піддослідний бере участь в інтерпретації результатів своєї роботи, під час останнього головним є дотримання загальної логіки аналізу, а не інтерпретація окремих елементів малюнку. Інтерпретація символів в той же час грає роль глибинно-психологічної корекції, так як відбувається у діалозі дослідника та автора малюнку.

Т.О. Вигівська

ВИКОРИСТАННЯ МУЗИЧНОГО МИСТЕЦТВА ЯК ЗАСОБУ ПРОФІЛАКТИКИ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Медичний коледж

В.П. Жепко

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

м. Полтава, Україна

Актуальність. Музика – потужний лікувальний засіб для впливу на душевний і фізичний стан людини. Ще із давніх-давен користувались цілющими властивостями музики – лікарі Древнього Риму і Єгипту застосовували звуки для лікування душі і тіла. Лікарі Древнього Китаю навіть готували «музичні рецепти» і вірили в те, що мелодія має вплив на органи людського тіла. З тих давніх часів стратегія психотерапевтичних і лікувальних можливостей музичного мистецтва проходить червоною ниткою через усі психолікувальні школи і напрями.

Мета. Вивчити особливості музичного мистецтва як ефективного метода профілактики нервово-психологічних порушень населення.

Матеріали та методи. Використання музичного мистецтва, що отримало назву музикотерапії, викликає сьогодні цілком заслужений інтерес. Він зумовлений, з одного боку, основними тенденціями розвитку наукової думки, яка прагне до різносторонньої інтеграції зі знаннями з інших галузей науки, з другого боку, актуалізованою необхідністю пошуку нових методів і засобів лікування психічних відхилень.

Необхідність дослідження проблеми подолання стресу визначається реаліями сучасного суспільства. Вона добре допомагає у терапії багатьох психосоматичних захворювань. Збільшення навантаження, у тому числі психічні, на нервову систему і психіку сучасної людини приводить до формування емоційної напруги, яке виступає одним з головних чинників розвитку різних психосоматичних захворювань. В даний час на передній план виходить турбота про збереження психічного здоров'я та формування ефективних способів подолання стресу сучасними методами корекції.

В теперішній час звук розглядається як динамічний фактор регуляції сааногенезу. Серед різноманітних фізіологічних реакцій у відповідь на вплив музикою відмічають кардіоваскулярні, респіраторні, гормональні, ментальні. Психосоматичний ефект від реакції організму людини на мелодію зумовлений прямими акустико-резонансними відгуками зі сторони клітин, органів та систем. Як механізми лікувальної дії музикотерапії вказують: катарсис, емоційну розрядку, регулювання емоційного стану, полегшення усвідомлення власних переживань, конфронтацію з життєвими проблемами. Таким чином, ефекти музичної терапії зумовлені наступними компонентами: слуховим, вібротактильним, активізуючим протибольову активність.

Результати. Отже, дане дослідження показує очевидний зв'язок музики з медициною та має певний потенціал до використання в лікувальній практиці. Численні методики музикотерапії передбачають як цілісне і ізольоване використання музики в якості основного і провідного чинника впливу так, і доповнення музичним супроводом інших корекційних прийомів для посилення їх впливу і підвищення ефективності.

Висновки. Психологічний фактор впливу музики – зміна психологічного стану через асоціативний зв'язок, медитацію. Музика гармонізує біоритми, вона дозволяє дозувати психофізичне навантаження. Завдяки їй людина знаходить своє місце у суспільстві, досягає стабільності, як фізичної, так і психологічної.

Ю.В. Гноянко

СТРУКТУРА МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ СТУДЕНТІВ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к. психол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На даний час навчання у вищих навчальних закладах вимагає уміння самостійно навчатися, правильно організувати час, самостійно користуватися літературою, а також багато умінь для ефективного засвоєння знань. Важливе значення, в процесі навчання, має структура мотиваційної сфери особистості, від якої залежить успішність навчання студентів.

Мета: емпірично порівняти структуру мотиваційної сфери студентів залежно від рівня їх успішності у

навчанні.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось серед студентів 1, 2, 3-го курсів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова. Вибірку склали 45 студентів. Дослідження проводилося в два етапи: 1-й етап - визначення успішності студентів. У відповідності до навчальної успішності студенти були розподілені: з високим рівнем успішності (навчаються на відмінно та добре), середнім рівнем успішності (добре та задовільно), низький рівень успішності (задовільно).

2-й етап - визначення системи мотивів та структури мотиваційної сфери студентів. За допомогою методики В.Е.Мільмана "Діагностика мотиваційної структури особистості" визначалися мотиваційні установки на навчання, загальну життєву спрямованість, робочу спрямованість особистості та визначався тип мотиваційного профілю.

Результати: Серед студентів, що мають високий рівень успішності, загальножиттєва спрямованість досліджена у 60%, що переважає над робочою спрямованістю (40%). Прогресивний тип мотиваційного профілю виявлено у 100% студентів з високим рівнем успішності. У студентів, що мають середній рівень успішності, загальножиттєва спрямованість виявлена у 80% студентів, робоча спрямованість - у 20% студентів. У студентів з низьким рівнем успішності визначена загальножиттєва спрямованість - 100%, робоча спрямованість у даної категорії, за результатами дослідження не спостерігається. Структура мотиваційної сфери студентів характеризується домінуванням загальножиттєвої спрямованості особистості (80% студентів) над робочою спрямованістю особистості (20% студентів). Залежно від проявленості мотиваційні профілі розподілилися наступним чином: прогресивний тип - 60%, регресивний - 13%, експресивний - 20% та імпульсивний тип мотиваційного профілю - 6%.

Висновки: Аналіз результатів дослідження засвідчив, що стихійний розвиток навчальної мотивації не забезпечує формування у значної частини студентів комплексу мотивів, що відповідають специфіці майбутньої професійної. Як виявилось у ході проведення анкетування та бесід зі студентами, однією з основних причин недостатнього рівня сформованості їх навчальної мотивації є домінування у педагогічному процесі традиційних фронтальних та індивідуальних форм навчальної діяльності, що не дають змоги адекватно змоделювати предметний і соціальний зміст майбутньої професійної діяльності і повною мірою забезпечити суб'єктну позицію студентів у навчанні. Один зі шляхів підвищення навчальної мотивації студентів полягає у широкому застосуванні у навчальному процесі групової навчальної взаємодії, яка, на нашу думку, характеризується значним мотиваційним потенціалом.

А.В. Голубчиков

ТЕНДЕНЦІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

О.О. Белов (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Суїцидальна поведінка є актуальною проблемою сучасної психології та психіатрії. Радикальні зміни суспільної свідомості з паралельним стрімким розвитком інтерактивних способів комунікації зумовили появу якісно нових феноменів масової суїцидальної поведінки серед підлітків та молоді.

Матеріали та методи. Обстежено 187 студентів III, IV та V курсів спеціальності «лікувальна справа» (МФ) (98 чол.), «стоматологія» (СФ) (63 чол.) та «медична психологія» (МП) (26 чол.) з використанням шкали депресії Zung, шкали реактивної тривожності (PT) С. Spilberger, опитувальника суїцидального ризику Т.Н. Разуваєвої, та спеціально розробленої анкети. Середній вік обстежених склав $21,6 \pm 1,3$ роки (чоловіків – $21,5 \pm 1,2$ років, жінок – $21,6 \pm 1,4$ роки).

Результати. 28,9% студентів ВНМЗ стикалися з проявами суїциду у близьких та знайомих: 9,1% – з плануванням суїциду, 19,8% – з суїцидальними спробами; найчастіше – студенти МП (11,5% – з плануванням, 30,8% – зі спробами), рідше – МФ (відповідно 21,5% та 12,2%), найрідше – СФ (відповідно 3,2% та 12,7%) ($p < 0,05$). Категоричне неприйняття суїциду виявили 80,6% студентів МФ, 72,0% СФ, і лише 50,0% МП ($p < 0,01$). Натомість, готовність до суїциду за певних умов зазначили 24,0% студентів СФ, 15,3% МФ та 19,2% МП. Суїцидальні наміри декларують 23,1% студентів МП, 4,0% СФ і 3,1% МП ($p < 0,01$). Спроби суїциду скоювали 7,7% студентів МП і 1,0% студентів МФ ($p < 0,05$). Виявлено вищий рівень депресії та РТ у студентів МП: $43,6 \pm 10,0$ балів ($p < 0,05$) та $35,7 \pm 13,3$ балів відповідно ($p < 0,05$), нижчі рівні у СФ ($37,0 \pm 7,6$ балів та $27,4 \pm 7,9$ балів відповідно), та СФ ($31,3 \pm 7,5$ балів та $19,8 \pm 10,5$ балів відповідно). У студентів МП найвищими, МФ – середніми, а СФ – найнижчими були прояви факторів суїцидального ризику: демонстративності (відповідно $2,4 \pm 1,4$ балів, $1,7 \pm 1,7$ балів та $1,4 \pm 2,1$ балів), афективності ($3,6 \pm 1,8$ балів, $2,8 \pm 1,9$ балів та $2,6 \pm 2,0$ балів), унікальності ($2,7 \pm 1,7$ балів, $1,6 \pm 1,7$ балів та $1,3 \pm 2,2$ балів), нереалізованості ($4,1 \pm 1,9$ балів, $3,1 \pm 1,4$ балів, $2,7 \pm 1,0$ балів), соціального песимізму ($4,3 \pm 1,3$ балів, $3,4 \pm 1,1$ балів, $3,7 \pm 1,3$ балів), зламу культурних бар'єрів ($2,7 \pm 1,9$ балів, $2,0 \pm 1,3$ балів та $2,2 \pm 2,4$ балів), максималізму ($2,7 \pm 2,0$ балів, $1,8 \pm 2,2$ балів та $2,3 \pm 2,0$ балів) та часової перспективи ($2,1 \pm 2,0$ балів, $1,4 \pm 1,5$ балів та $1,2 \pm 1,2$ балів). Водночас, у студентів МП найвищим був показник

антисуїцидального фактору: $4,8 \pm 1,8$ балів проти $3,3 \pm 2,0$ балів у МФ і $3,7 \pm 2,0$ балів у СФ. Висока суїцидальна активність корелює з виразністю депресивних ($r_s=0,684$, $p<0,01$) та тривожних ($r_s=0,677$, $p<0,01$) проявів. Соціально-середовищними факторами ризику виявилися проживання у найманому житлі, погані взаємовідносини з оточуючими, низька академічна успішність та наявність значної академічної заборгованості.

Висновки. У студентів ВНМЗ виявлено різноманітні феномени суїцидальної поведінки. Основними напрямками профілактики суїциду є усунення депресії та тривожності, створення сприятливих мікросоціальних умов, та корекційна робота з особами, схильними до суїциду.

М.В. Григорова, А.А. Сокол

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НЕЙРОАМИНОКИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Кафедра неврологии № 1

А.Р. Ескин (к.мед.н., доц.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: с каждым годом количество людей перенесших транзиторные ишемические атаки растет, в связи с этим возникает потребность в эффективном лечении.

Цель исследования: изучить динамику нейроаминокислот под влиянием терапии ноофеном, пирацетамом и глициседом у больных ГЭ.

Материалы и методы: Исследуемые больные перенесшие 1 и более ишемических атак (12 пациентов, из них 8 женщин и 4 мужчины в возрасте от 45 до 57 лет) были разделены на три группы. Первая группа – 4 пациентов получали препарат пирацетам перорально в дозе 0,4 г 3 раза в сутки в течение месяца. Вторая группа - 4 больных, получавших препарат ноофен в дозе 0,25 г 3 раза в сутки в течение месяца, третья группа - 4 пациента, которым был назначен препарат глицисед в дозе 0,1 г трижды в сутки на протяжении месяца.

До и после лечения проводилось исследование субъективных проявлений заболевания и неврологического статуса, а также уровня нейромедиаторных аминокислот в плазме крови методом спектрофлуориметрии.

Результаты: в итоге исследования показали, что пирацетам приводит к сдвигу в сторону возбуждающих нейромедиаторных аминокислот (глутамат в 1,1 раза, $p<0,01$), ноофен – в сторону тормозных нейроаминокислот (глицин в 1,3 раза, $p<0,01$), глицисед - в сторону тормозных нейроаминокислот (глицин в 1,1 раза, $p<0,01$).

Выводы: Исследование подтвердило необходимость назначения ноофена и глициседа больным перенесшим транзиторные ишемические атаки, так как эти препараты достоверно повышают содержание тормозных нейроаминокислот.

И.В. Дарий, Дж.Н. Аравицкая

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ БОЛЬНЫХ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИМ И КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ПОДТИПАМИ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра нервных болезней

В.И. Дарий (д.мед.н., проф.)

Запорожский государственный медицинский университет

г. Запорожье, Украина

Актуальность. Проблема цереброваскулярной патологии в Украине остается одной из наиболее актуальных, как и во всем мире. Наибольшее внимание привлекают мозговые инсульты (МИ), так как ежегодно в Украине регистрируют более 110 тысяч случаев данного заболевания. Определение подтипа МИ является необходимым в связи с особенностями течения, лечения, вторичной профилактики заболевания.

Цель. Проанализировать клинико-неврологические особенности течения атеротромботического (АТИ) и кардиоэмболического (КЭИ) подтипов полушарного ишемического инсульта

Материалы и методы. Было обследовано 87 больных: мужчин- 67,8%, женщин- 32,2%. В 1-ую группу было отнесено 46 пациентов, у которых был АТИ. Возраст больных был от 41 до 75 лет (средний возраст $61,2 \pm 1,53$ лет). Во 2-ую группу было отнесено 41 пациент, у которых был КЭИ. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет (средний возраст $49,3 \pm 1,23$ лет), ($p<0,05$).

Результаты исследования. У 91,3% больных АТИ было относительно медленно прогрессирующее начало заболевания: в течение нескольких часов или дней, неврологическая симптоматика нарастала постепенно; при КЭИ такое начало отмечалось у 4,9% пациентов, ($p<0,05$). Алоплектиформное начало отмечалось у 8,7% больных АТИ и 95,1% больных КЭИ, ($p<0,05$). Заболевание дебютировало в ночное или утреннее время суток у 87% пациентов с АТИ и у 26,8% больных КЭИ ($p<0,05$). В 78% случаев КЭИ возник на фоне физической или эмоциональной нагрузки, при АТИ- в 10,9%, ($p<0,05$). При АТИ у 28,3% больных были получены сведения о бывших ранее транзиторных ишемических атаках (ТИА), при КЭИ – у 22% больных. Однако при АТИ ТИА наблюдались в одном и том же артериальном бассейне в 91,3% случаев, а при КЭИ ТИА характеризовались клиникой поражения различных сосудистых бассейнов (в 73,2% случаев).

Выводы. АТИ и КЭИ имеют выраженные отличия в клинической картине, а также в анамнезе. Для КЭИ характерен более молодой возраст пациентов ($p < 0,05$). При АТИ в большинстве случаев характерно постепенное начало, для КЭИ- апоплектиформное. При АТИ заболевание в большинстве случаев дебютировало в утреннее или ночное время, при КЭИ- не зависело от времени суток, однако, зачастую провоцировалось физическим или эмоциональным напряжением. Для АТИ и КЭИ характерно наличие ТИА в анамнезе, однако, важным отличием являлась локализация процесса.

А.А. Дем'яненко

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕННОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КІБЕРБУЛІНГУ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к. психол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Однією із найгостріших проблем взаємодії дитини з інтернетом є небезпека зіткнення з нападами, які називають кібербулінгом. Кібербулінг – це новітня форма агресії, що передбачає жорстокі дії з метою дошкулити, нашкодити, принизити людину з використанням інформаційно-комунікаційних засобів: мобільних телефонів, електронної пошти, соціальних мереж тощо. Вже давно спілкування в інтернет-середовищі стало невід'ємною частиною життя сучасного підлітка. Проблема полягає в тому, що це може нести в собі певні небезпеки про які дорослий може і не підозрювати. Отже в даний момент існує велика потреба в дослідженні даного явища.

Мета: Дослідження поширеності та особливостей прояву кібербулінгу серед сучасних підлітків.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось в Житомирській спеціалізованій школі I-III ступенів №20. Обсяг обстежуваної вибірки становить 36 осіб (від 12 до 17 років) з них 22 дівчат та 14 юнаків. З загальної кількості вибірки учнів 6 класу - 18 осіб, з них 5 юнаків і 13 дівчат; та учнів 11 класу - 18 осіб, з них 9 юнаків та 9 дівчат. При проведенні емпіричного дослідження було використано авторський опитувальник причетності до кібербулінгу.

Результати: Кібербулінг не є широко поширеною практикою у сучасних підлітків, адже розрахований індекс переслідувача та жертви у даній вибірці знаходиться на низькому рівні. В ході дослідження ми виявили деякі закономірності. Юнаки 11 класу мають на 10 балів вище показники по шкалі переслідувача в порівнянні з іншими. 50% хлопців є потенційними жертвами кібербулінгу, адже в них відкриті особисті дані (номер телефону, адреса), в їх досвіді зустрічались ситуації переказування особистої інформації анонімам. 33% учнів 11 класу зіштовхувались в мережі з спільнотами, що пропагують самогубство, тоді як у учнів 6 класу цей показник складає 16%. Жоден з учнів 6 класу не потрапив в ситуацію створення фейкової сторінки з ціллю дошкулити комусь, тоді як половина учнів 11 класу зіштовхувалась з цим. 50% юнаків 11 класу ставили лайки під записами з образливим змістом в чийсь адресу, натомість всі інші досліджувані одноставно відповіли «ні» на це запитання. Також 80% хлопців 11 класу були свідками ситуацій нападу на окрему людину в онлайн-грі. 70% учнів 11 класу пересилали без дозволу чужі повідомлення. В учнів 6 класу це явище виявилось майже відсутнім. 25% дівчат були жертвами систематичних анонімних дзвінків на телефон, серед хлопців такі ситуації не зустрічались.

Висновки: Як зазначалось раніше проблема кібербулінгу не є широко поширеною, але має деяку «популярність» серед підлітків. Не зустрілось жодної дитини, яка хоча б в якійсь мірі не приміряла одну з ролей: переслідувач, жертва, свідок кібербулінгу. Найпоширенішим типом агресії в інтернеті стало обмовлення (зведення наклепів) - розповсюдження принизливої неправдивої інформації, що, можливо, пов'язано з неадекватною самооцінкою підлітка, який намагається за чужий рахунок її підняти. Також можна відмітити, що підлітки на початковому етапі даного вікового періоду мають значно меншу причетність до кібербулінгу аніж старші підлітки. Отже, кібербулінг – це агресивне явище достатньо проявлене у сучасних підлітків.

С.В. Демянюк

ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ КОРЕЛЯТИ АКТИВНОСТІ КОРИ ТА ПІДКІРКОВИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ЦІЛЕСПРЯМОВАНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

Кафедра нервових хвороб

Н.М.Смолко (к.мед.н.,доцент)

Кафедра нормальної фізіології

І.Л.Рокунець (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У клінічній практиці для діагностики порушень опорно-рухового апарату важливим є вивчення закономірностей формування, зберігання та реалізації моторних програм за участю кіркових та підкіркових структур. Наше дослідження проводилось з метою встановлення саме динамічних компонентів включення

мозкових структур в процес організації та реалізації програм автоматизованих рухів, які досі достовірно не встановлені, зокрема при патології. Недостатньо вивчені функціональні взаємозв'язки різних ділянок кори головного мозку з структурами, які мають пряме відношення до формування та реалізації центральних моторних програм та реалізації рухів в умовах пошкодження рухових центрів. Отже, вивчення причетності ділянок кори головного мозку та підкіркових структур, у світлі функціональної системи, до організації та реалізації моторних програм є актуальним.

Мета: Вивчити електроенцефалографічні (ЕЕГ) кореляти механізмів формування задуму та реалізації цілеспрямованих рухів на прикладі взаємодії структур головного мозку у хворих з судомним синдромом в період ремісії та роль означених структур в ініціюванні та реалізації рухової програми.

Матеріали та методи: ЕЕГ дослідження проводили за загальноприйнятою методикою 10-20 (Jasper, 1958) у пацієнтів які мають в анамнезі судомний синдром віком від 19 до 57 років у функціональному спокої та під час виконання цілеспрямованих рухів.

Результати: Встановлено, що на фоновій кривій в більшості випадків спостерігається помірно виражений, промодульований у веретена стійкий по амплітуді альфа ритм з домінуючою частотою 9,5 – 10 Гц та амплітудою 31 – 45 мкВ переважно в потилично-тім'яних ділянках без міжпівкулевої асиметрії, субдомінуючим є тета-ритм з частотою 4 – 6 Гц. Бета ритм амплітудою до 25 мкВ та середньою частотою 19 Гц представлений переважно в задніх відділах мозку без міжпівкулевої асиметрії. Повільнохвильова активність у вигляді дельта хвиль з частотою 1- 1,5 Гц зареєстрована в передніх фронтальних ділянках без асиметрії. За 830 ± 251 мс до початку руху (людина слідкує за кулькою, яка рухається по столу до її руки) спостерігається реакція десинхронізації з подальшою активацією переважно в вискових, лобних, центральних,тім'яних та потиличних відведеннях. В момент захоплення кульки людиною в лобних та скроневих ділянках спостерігається виражений бета ритм з частотою 24 – 30 Гц з елементами пароксизмальної активності у вигляді білатеральних синхронних спалахів. В потиличних татім'яних ділянках спостерігалось зростання по амплітуді альфа ритму з періодичним чергуванням бета ритму. Закінчення руху супроводжувалось продовженням бета ритму синхронно в вискових та лобних ділянках.

Висновки: Встановлені закономірності можуть розглядатись як ЕЕГ кореляти активності кори та підкіркових структур головного мозку людини під час здійснення цілеспрямованої рухової активності та бути використані для встановлення механізмів організації рухових програм в умовах реабілітації пацієнтів з судомним синдромом.

І.А. Дорофєєва, А.М. Бобр

РОЛЬ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В РОЗВИТКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Я.Ю. Марункевич (к.м.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: проблеми тривожно-депресивних розладів обумовлена великою поширеністю і важкістю наслідків. Згідно з даними ВООЗ, приблизно 4-5% населення земної кулі страждає депресивними розладами. Близько третини пацієнтів не допомагають антидепресанти, і при цьому у них високі показники запальних маркерів у крові (Karpelmann, Nils, Molecular Psychiatry, 2016). Таким чином, протизапальні методи лікування можуть бути актуальні для людей, які страждають депресією.

Мета: вивчити роль запального процесу в розвитку тривожно-депресивних розладів.

Матеріали та методи. Було обстежено 30 пацієнтів ревматологічного відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова, із наступними діагнозами: із ревматоїдним артритом (93,34%), СЧВ (3,33%), склеродермією (3,33%). Було використано: клініко-психопатологічний метод, методика Тобол, лабораторні методи дослідження, госпітальна шкала депресії та тривоги HADS, шкала депресії Гамільтона HDRS, та статистичний метод.

Результати. Були виділені провідні синдроми: астено-депресивний (43,34%), тривожно-депресивний (30%), астеничний (3,33%), іпохондричний (3,33%) та 20% без психопатологічної симптоматики.

За методикою Тобол виявлено наступні типи ВКХ : неврастенічний 30%, тривожний 26,67 %, іпохондричний 20%, анозогностичний 10%, ергопатичний 6,67% і паранояльний 6,66%.

За госпітальною шкалою депресії та тривоги при II-III ступені активності запального процесу: 50% пацієнтів мали клінічно виражену депресію, 30% тривогу; 16,67% - субклінічно виражену депресію, 20% тривогу; 33,33% не мали ознак депресії та 50 % не мали ознак тривоги. Після проведеного курсу протизапальної терапії та переході до I ступеня активності запального процесу та неактивної фази 10% пацієнтів мали клінічно виражену депресію та 16,67% тривогу; 3,33% - субклінічно виражену депресію та 10% тривогу; 86,67% не мали достовірно виражених симптомів депресії та 73,33% - тривоги.

За шкалою депресії Гамільтона при II-III ступені активності запального процесу: 56,67% пацієнтів мали легкий депресивний розлад, 3,33 % - депресивний розлад середнього ступеня важкості, 40% не мали депресивної симптоматики. Після проведеного курсу протизапальної терапії та переході до I ступеня активності запального

процесу та неактивної фази: 13,33% пацієнтів мали легкий депресивний розлад, 86,67% не мали депресивної симптоматики.

Висновки. У хворих із запальними процесами наявні психічні порушення (астено-депресивний, тривожно-депресивний, астеничний та іпохондричний синдроми) та переважають неврастенічний, тривожний та іпохондричний типи ВКХ. Після проведеного курсу протизапальної терапії та переході до I ступеня активності запального процесу або неактивної фази вираженість тривожно-депресивних розладів помітно зменшилась.

П.Ю. Дяченко Я.В. Нікітчук

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІН КОГНІТИВНОГО СТАТУСУ ТА ПАРАМЕТРІВ ХОДИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра неврології та нейрохірургії

Г.С. Московко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Результати чисельних недавніх досліджень зі всього світу повідомляють про взаємозв'язок зниження когнітивних функцій і порушення ходи. Здебільшого, в попередніх дослідженнях мова ведеться про наявність погіршення ходи, як предиктор подальшого, або ознаку вже існуючого зниження когнітивної функції – MCI (mild cognitive impairment) або деменції в контексті вивчення старіння людини. В даний час для подальшого вивчення цієї проблеми активно ведуться дослідження і дане питання привертає до себе дедалі більшу увагу світової неврологічної спільноти.

Мета роботи: Встановити взаємозв'язок змін когнітивного статусу та параметрів ходи у пацієнтів з наявною неврологічною патологією.

Матеріали і методи: 19 пацієнтам неврологічного відділення №3 КЗ «ВОПНл ім. Ющенка» проведено оцінку когнітивного статусу за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивного статусу (MoCA), та оцінку показників патерну ходи за допомогою інструменту GAITRite®.

Результати дослідження: При визначенні кореляційних зв'язків між показником когнітивних можливостей пацієнтів за шкалою MoCA та показниками патерну ходи визначається зворотній зв'язок між ступенем когнітивних можливостей та відсотком часу стояння на обох ногах для лівої ноги. Лінійний кореляційний показник Пірсона для відсотка часу стояння на обох ногах для лівої ноги (Double support time % Left) = -0,47 ($\alpha=0,05$, $T=2,23$). Для правої ноги цей показник виявився недостовірним, хоча тенденція зберігається (показник Пірсона = -0,47). Це може бути наслідком невеликої вибірки.

Висновки: Наявність зворотнього кореляційного зв'язку між даними показниками свідчить про можливість перспективи застосування показників ходи як предикторів подальших когнітивних змін. В подальшому плануються розширити вибірку і включити в дослідження показники атрофії структур головного мозку згідно МРТ.

Т.В. Жуковская

ИГРОМАНИЯ

С.В. Куницкая (ст. преп.)

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Беларусь

Актуальность. В настоящее время проблема игромании имеет место в обществе современной молодежи. Актуальность данной проблемы весома как для родителей детей и подростков, посвящающих большую часть своего свободного времени компьютерным играм, так и для учителей и преподавателей учреждений образования в которых они учатся.

Цель. Есть необходимость более углубленно исследовать проблему игромании, попытаться определить, действительно ли компьютерные игры вызывают зависимость у современной молодежи, и есть ли какие-либо воздействия или последствия данного воздействия на состояние здоровья играющих.

Материалы и методы. Для проведения исследования была взята группа молодых людей (девушки и юноши), в основном в возрасте от 18 до 23 лет, исследование проводилось среди студентов 5-6 курсов БГМУ (83,3%), БГУ (9,7%), БНТУ (1,4%), БГУИР (1,4%), МГЛУ (1,4%) и работающие (2,8%). Выборка респондентов составила 72 человека. Метод исследования - анкетирование. Исследование показало, что 13,9% опрошенных в свободное время играют в компьютерные игры или находятся в сети Интернет, 43,1% - играют в игры или находятся в сети иногда, 43,1% - играют или находятся в сети Интернет редко. На вопрос «С какого возраста Вы играете в компьютерные/интернет игры?» 77,8% респондентов ответили, что со школьного и только 22,2%, что с юношеского. Участники анкетирования отметили, что чрезмерное увлечение компьютерными играми негативно влияет на их здоровье. 9,7% опрошенных признались, что во время длительной игры за компьютером часто испытывают головную боль и острую резь в глазах, но все равно продолжают играть, 27,8% опрошиваемых испытывают указанные симптомы периодически. 20,8% опрошиваемых указали, что

испытывают во время игры чувства радости, азарта, эйфории, 41,7% не всегда испытывают данные чувства играя. «Теряются во времени» играя в компьютерную игру или находясь в сети Интернет 19,4% опрошенных, контролируют время нахождения за компьютером. Еще по вопросу времени: сколько часов обычно затрачивается на игру? 11,1% респондентов ответили, что более 3 часов, 31,9% - 1,5-2 часа, и 56,9% - максимум один час. На вопрос «какую роль в Вашей жизни играют компьютерные игры» 97,2% (!) ответили, что легко обойдутся и без них. Средний балл участников опроса (студентов) составляет: 6-7 баллов - 51,4%, 8 и выше 43,1%, ниже 6 – 5,5%.

Результаты и их обсуждение. При подведении итогов данного исследования, было установлено, что большинство молодых людей не имеют, как таковой, зависимости от компьютерных игр, ввиду интенсивной занятости, и предпочтению отдавать свое свободное время другим видам деятельности (спорт, прогулки, туризм и др.), и, соответственно, влияния на организм компьютерные игры не оказывают. На возникновение зависимости могут влиять биологические (так же генетические), психологические (поведенческие) факторы (сложности с контролем поведения, излишняя импульсивность человека), семейную культуру (семьи в которых имеет место злоупотребление вредными привычками), переживания и жизненные этапы (подростковый возраст, потери, разочарования), а также социально-экономические условия (недостаточность в финансовом плане).

Выводы. Таким образом, мы обосновали, что игровая зависимость - это не обязательно возникающее состояние: большинство молодых людей, правильно распоряжающееся своим свободным временем, не склонны к ней.

Х.І. Замніфіст

СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА МНОЖИННИЙ СКЛЕРОЗ

Кафедра нервових хвороб

С.Л. Малик (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Множинний склероз (МС) – хронічне демієлінізуюче захворювання з прогресуючим типом характеру і часто призводить до стійкої інвалідизації у осіб працездатного молодого віку. На перебіг захворювання та якість життя пацієнтів впливають їх ставлення до хвороби, дотримання лікування та емоційна реакція на захворювання.

Мета: Визначити тип ставлення до хвороби у пацієнтів з МС. Досліджувана група склала 54 респондентів.

Метод дослідження: ТОБОЛ – тестова методика, направлена на діагностику типу ставлення до хвороби.

Результати. Серед пацієнтів на МС переважає сенситивний тип ставлення до хвороби, що зустрічається у чистому вигляді у 9,4% респондентів і у 34% – в складі зустрівся паранойяльний тип, а гармонійне ставлення до захворювання діагностовано у 13,2% пацієнтів. За середніми показниками всіх досліджених пацієнтів сенситивний тип також виявився провідним – 24,5 бали. Ергопатичний тип ставлення до хвороби в середньому набрав 17,4 бали, неврастенічний – 15,2.

Висновки. У пацієнтів, котрі страждають на МС, виявлено переважно сенситивне і ергопатичне ставлення до захворювання. Пацієнти стають чутливими до взаємовідносин з близькими, стурбовані можливими неблагоприємними наслідками, які можуть скласти на оточуючих інформацію про захворювання, бояться, що оточуючі стануть вважати їх неповноцінними, зневажливо ставитись. Для пацієнтів на МС характерно вибіркоче ставлення до дослідження та лікування, обумовлене прагненням, не дивлячись на важкість захворювання, продовжувати роботу, прагненням в що б не стало зберегти професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності в попередній якості.

А.М. Іванова, Т.В. Самсонова

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ ПРИ ЕПІЛЕПТИЧНІЙ ХВОРОБИ

Кафедра неврології №1

О.Р. Ескін (доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Епілепсія, або як її раніше називали, падуча, відома людству ще дуже давно. Багато часу вважали, що ця хвороба пов'язана з впливом надприродних сил. За сучасними даними, у Європі нараховується близько 1 млн дітей с епілепсією, проте щорічно реєструють до 120 тис нових випадків.

Мета: З'ясувати ефективність застосування антагоніста кальцію ніфедипіну при епілепсії.

Матеріали та методи: У численних експериментах на тваринах показано протиепілептичні ефекти різних груп

антагоністів кальцію. Більш значну протиепілептичну активність у порівнянні з іншими антагоністами кальцію мають 1,4-дегідропіридини. Це підтверджується тим, що: 1) верапаміл, Д-600, ділтіазем блокують відкритий Са-канал, а 1,4-дегідропіридини блокують Са-канал у будь-якому стані; 2) незважаючи на те, що верапаміл у високих концентраціях (10–5 м) може блокувати Са²⁺-тік у нервових клітинах, ця блокада є неспецифічною, у той час як ніфедипін та інші 1,4-дегідропіридини ефективно зв'язуються з мембранними фракціями тканини мозку у наномолярних концентраціях; 3) верапаміл погано проникає через гематоенцефалічний бар'єр, його ефекти відзначаються при внутрішлунковому введенні та відсутні при введенні у сонну артерію; 4) німодипін при введенні у сонну артерію знімає епілептичну активність, яка була викликана коразолом, бікуліном, ліквідує постішемичні судоми, судоми, які було викликано електрошоком; 5) усі недегідропіридинові блокатори Са²⁺-каналів діють на загальну алостеричну ділянку у мембранах мозку, модифікуючи зв'язування дегідропіридинів з ним: ділтіазем з позитивним гетеротропним, а верапаміл та Д-600 з негативним гетеротропними модифікаторами дегідропіридинсполучної ділянки.

Результати: Таким чином, ефективність препаратів залежить від дози, засобу введення, здібності антагоністів кальцію проникати через гематоенцефалічний бар'єр та характеру зв'язування з мембранами мозкової тканини.

Висновки: Дані про результати застосування антагоніста кальцію ніфедипіну при епілепсії, одержані у нашій роботі при дослідженні 12 хворих, говорять про ефективність цього препарату та у сукупності з даними інших дослідників дозволяють зробити висновок про перспективність застосування антагоністів кальцію як протиепілептичного засобу.

Г.О. Ільницький

НЕРВОВА ОРТОРЕКСІЯ ЯК НОВИЙ ФЕНОМЕН У ГРУПІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

А.О. Камінська (к.мед.н., доц..)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Нервова орторексія – порушення харчової поведінки, яке характеризується нав'язливим прагненням до споживання тільки «здорової та правильної їжі». На перший погляд, прагнення до споживання здорової їжі - це дуже сприятлива тенденція, яка в межах сьогоденних реалій, пов'язаних зі збільшенням кількості людей, що мають зайву вагу та пов'язані з нею проблеми, дозволила б значно зменшити їх поширеність та сприяти здоров'ю суспільства в цілому. Проте, з іншого боку, нервова орторексія може мати і негативні наслідки, оскільки деякі автори відносять даний феномен до групи obsесивно-компульсивних розладів. Для особистості, яка має нервову орторексію, «здорове харчування» стає настільки важливим, що захопленість цим питанням не залишає місця для будь-яких інших інтересів та захоплень у житті. Будь-яке порушення дієти викликає тривогу та сильне почуття провини. Важливою проблемою на сьогодні є те, що попри вагомий вплив цього явища на якість життя та психічний стан окремих людей, досі не існує визначених діагностичних критеріїв орторексії, а діагноз орторексії не входить до класифікаторів МКХ-10 та DSM-V.

Мета: На підставі вивчення проявів та індивідуально-психологічних предикторів феномену нервової орторексії серед студентської молоді, розробити систему психоосвітніх та психопрофілактичних рекомендацій для попередження негативних наслідків цього феномену. Об'єкт дослідження – нервова орторексія. Предмет дослідження – феноменологічні прояви та індивідуально-психологічні предиктори нервової орторексії у студентів вищих навчальних закладів м. Вінниці.

Матеріали та методи: Для досягнення мети дослідження, на базі ВНЗ м. Вінниці на основі інформованої згоди за допомогою спеціально розробленої анкети та комплексу психодіагностичних методик таких як: римський опитувальник нервової орторексії (ORTO), опитувальник образу власного тіла, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна та шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна, було обстежено 40 студентів у віці від 20 до 26 років. Були застосовані наступні методи дослідження: соціально-демографічний, соціально-психологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати: За темою роботи проведено огляд літератури, що дозволило визначити місце проблеми нервової орторексії в структурі психічних та поведінкових розладів; вивчено можливі підстави для виділення даного феномену у окрему нозологічну одиницю. Ознаки нервової орторексії було виявлено у 33% респондентів (45,5% респондентів жіночої статі, 11,2% - чоловічої статі). Вивчення вираженості тривожних проявів продемонструвало тенденцію до наростання вираженості ситуативної та особистісної тривоги у респондентів з ознаками нервової орторексії. Прояви підвищеної ситуативної та особистісної тривожності було діагностовано у 82,5% респондентів з нервовою орторексією. У 75,3% обстежених з проявами орторексії також виявлено негативний образ власного тіла.

Висновки: Таким чином, виявлено тенденції до порушення психоемоційного стану, образу власного тіла, а також субклінічні ознаки obsесивно-компульсивного стану у респондентів з орторексією у порівнянні з контрольною групою. Розроблено та запроваджено систему рекомендацій щодо попередження формування орторексії та її наслідків серед студентської молоді.

Д.И. Имерекв
ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА. ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра неврологии, нейрохирургии и ФПО
К.И. Горбатюк (к.мед.н., ас.)
Винницкий национальный медицинский университет имени М.И. Пирогова
г. Винница, Украина

Цель: провести анализ результатов проведенного хирургического лечения тригеминальной невралгии различного генеза в областном нейрохирургическом отделении Винницкой области.

Материалы и методы: на протяжении 2013-2016гг, нами проведено хирургическое лечение 24 пациентов с тригеминальной невралгией (18 женщин и 6 мужчин). Большинство пациентов были среднего возраста – 12, пожилого – 9 и 3 – старческого. В 19 набл. причиной невралгии был нейро-вазкулярный конфликт (a.cerebellaris superior), в 3 постгерпетическая невралгия и в 2 – рассеянный склероз. Всего было выполнено 16 нейро-вазкулярных декомпрессий, и 8 радиочастотных абляций Гассероу узла. Выбор вмешательства проводился с учетом этиологического фактора заболевания, анестезиологических рисков вмешательства, желанием пациента. Для микроваскулярной декомпрессии использовали стандартный ретросигмовидный доступ с временной «релаксацией» мозжечка путем люмбального дренирования, без применения ретракторов. В 2 набл.петлю верхней мозжечковой артерии не только отводили от нерва, но и фиксировали к намету мозжечка тефлоновой петлей шириной 1мм без натяжения артерии. В остальных – между нервом и компремирующим сосудом устанавливали ватообразную тефлоновую прокладку (soft teflon pad).

Радиочастотную абляцию Гассероу узла проводили с помощью аппарата Radionics RFG3C Plus. Пункцию узла осуществляли 100мм иглой RF-Neurotherm. После чувствительной стимуляции и подтверждения правильного положения кончика иглы, пациента погружали в медикаментозный сон и выполняли 4-6 циклов абляции по 90-110 сек. температурой 72-75⁰С.

Результаты: катамнез пациентов составлял от 1 месяца до 3 лет (в среднем 21мес). Средний показатель ВАШ до вмешательства составлял 9,47, после – 0,9. Следует отметить, что в одном клиническом набл. имеет место частичный рецидив невралгии после микроваскулярной декомпрессии. Также, одному пациенту, мы провели радиочастотную абляцию Гассероу узла в связи с неполным регрессом болевого синдрома после микроваскулярной декомпрессии. У 2 пациентов после абляции наблюдали слабость жевательной мускулатуры на стороне проведения и у 1 – сухость глаза. Данные симптомы спонтанно регрессировали на протяжении от нескольких недель до месяцев.

Выводы: анализ проведенного хирургического лечения показал высокую эффективность применяемых методов хирургического лечения тригеминальной невралгии различного генеза. Возможность проведения данных двух методик в условиях нейрохирургической клиники позволяет оказать качественную помощь пациентам с данной патологией.

А.В. Кокарева, А.І. Погорільчук
ДІАГНОСТИКА ГЕТЕРОГЕННИХ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ В СТРУКТУРІ ДЕМЕНЦІЙ
Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти
О.Ф. Мруг (ас.)

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

Актуальність: деменції призводять до соціальної дезадаптації хворих. Когнітивна і психічна неповноцінність таких хворих позбавляє їх можливості жити самостійно і робить залежними від сторонньої допомоги. За даними ВООЗ на 2010 рік відомо, що світові показники захворюваності нараховують близько 35,5 млн людей з цим діагнозом. Передбачається подальше прогресивне зростання кількості даного контингенту хворих (до 2050 – до 115,4 млн людей). Так як щороку збільшується кількість людей старечого і похилого віку, дана проблема не втрачає своєї актуальності. Своєчасне виявлення когнітивних розладів при деменціях визначає якість життя таких хворих.

Мета: провести діагностику станів когнітивних функцій при деменціях різного генезу.

Матеріали та методи: проведено опрацювання 30 історій хвороб пацієнтів відділення № 12 ВОПНЛ ім. О. І. Ющенка з діагнозом деменції. У дослідженні використовували анамнестичний, катамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи. Психодіагностичний метод використовувався для оцінки клінічної картини за допомогою наступних нейропсихологічних когнітивних шкал: короткої шкали оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination – MMSE), ішемічної шкали Хачинського (Hachinski Ischemic Scale – HIS), клінічної рейтингової шкали деменції (Clinical Dementia Rating Scale – CDR), тесту малювання годинника та тестів для оцінки лобної дисфункції.

Результати: в ході обстеження найбільш збереженими в досліджуваних пацієнтів були виявлені: за даними шкали MMSE - функції орієнтації (36% досліджуваних), сприйняття (19%), виконання операцій з 3-х дій (16%), пам'ять (8%) та мова (8%); за результатами шкали FAB - функція узагальнення (31%), динамічний праксис (21%), проста реакція вибору (19%), мовлення (13%). За шкалою CDR було встановлено, що у 37,5% пацієнтів виявлена важка деменція, у 37,5% - легка, у 25% - помірна. За результатами шкали HIS, у 50% хворих дані свідчать на користь мультиінфарктної судинної деменції, у 12,5% - на користь змішаної деменції, у 37,5% - на користь первинно-дегенеративного характеру деменції.

Висновки: під час порівняння результатів, отриманих в ході даного обстеження, можна прослідкувати певні відмінності, що вказують на більш виражені порушення епізодичної пам'яті у хворих, деменція яких була наслідком первинно-дегенеративного ураження, тоді як у хворих на судинні деменції порушення когнітивних функцій переважало при виконанні завдань на мову та праксис. Дані результати можуть бути використані для оцінки динаміки терапевтичного ефекту, для профілактики прогресування нейродегенеративних захворювань і сприяють збереженню їх соціальної ролі в родині і суспільстві, адаптуючи хворих до повсякденної діяльності.

К.В. Коломієць

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІВОРУКИХ ЛЮДЕЙ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

Ю. Ю. Мартинова (к. мед. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: останнім часом дана тема цікавить все більше науковців. По-перше, саме ця категорія людей почуває певні труднощі у навчанні. За оцінками вчених близько 70% ліворуких є невстигаючими у школі. По-друге, такі діти мають певні проблеми із адаптацією до навколишнього світу, що стає причиною багатьох труднощів. Тому лівішість потрібно враховувати у розв'язанні великої кількості проблем, пов'язаних із психологічним станом, соціальною адаптацією, вибором майбутньої професії і навіть у лікуванні деяких хронічних хвороб.

Мета дослідження: виявити особливості ліворуких людей у навчанні, сім'ї та соціумі, розробити рекомендації для педагогів, батьків. Завдання дослідження: виявлення ліворуких людей серед дошкільнят, школярів та студентів; складання родовідних дерев, де прослідковується успадкування даної ознаки; вивчення психологічного аспекту відношення до ліворуких у соціумі; встановлення рівня тривожності у дітей шкільного віку; виявлення професійних нахилів у одинадятикласників. Об'єкт дослідження: психологічні особливості ліворуких дітей дошкільного та шкільного віку, студентів.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення психолого-педагогічних даних згідно проблематики дослідження; спостереження, анкетування, бесіда, тестування, експеримент, аналіз продуктів діяльності.

Результати: в дошкільному закладі відсоток ліворуких становить 23%, у школі – 15%, а серед студентів – 11%; у результаті аналізу родоводів встановлено, що ліворукість передається як рецесивна ознака із покоління у покоління, через покоління. Переучування не викликає формування праворукості; аналіз анкет показав, що 63,3% вчителів початкових класів не вважають ліворукість проблемою, а 26,7% визнає це як специфічну особливість учнів і звертають увагу на це під час навчально-виховного процесу; встановлено, що ліворуки мають більше страхів ніж їх однолітки-праворукі (страх за здоров'я 19% серед ліворуких проти 10% у праворуких, страх смерті 16% проти 14% відповідно); виявлено, що праворукі старшокласники у 75% обирають точні професії, а 80% ліворуким до вподоби творчі професії.

Висновки: Виявленні нами проблеми ліворуких дітей ми пов'язали з порушенням адаптації у соціумі. Вони є групою ризику щодо виникнення та розвитку дезадаптації. Проблеми у навчанні цієї категорії дітей підсилюються при некваліфікованому перенавчанні, відсутності адекватної допомоги і психологічного супроводу у процесі навчання, традиційно орієнтованого на праворуких учнів. Кожна особливість, у тому числі й ліворукість, потребує індивідуального підходу від батьків, педагогів та психологів. У ході дослідження ми дійшли висновку, що ліворуки діти відповідають рівню розвитку своїх однолітків. Ліворукість – це особливість, і тому варто сприймати людину якою вона є.

Ю.В. Кубрак, В.І. Черепанська

ЗМІНИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ТА ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.), О.С. Ключко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність Когнітивні розлади — це порушення функції пізнання індивіда. Це не тільки забудькуватість, але і погіршення працездатності, інтелектуальної роботи. Когнітивні функції виконують важливу роль в процесі

психічного розвитку людини, і їх порушення представляє собою серйозний симптом. Незважаючи на те, що когнітивність безпосередньо залежить від роботи мозку, когнітивні розлади не завжди пов'язані з захворюваннями цього органу. Дуже часто когнітивні порушення є соматогенними або інфекційно-інтоксикаційними симптомами, а також і тривалої депресії. В даний час прояви нейрокогнітивного дефіциту при шизофренії розглядаються в якості третьої (поряд з позитивними і негативними розладами) ключової групи симптомів при шизофренії, відповідальних, зокрема, за порушення соціального функціонування хворих

Мета: Дослідження психодіагностичних методів ранньої діагностики порушень когнітивних функцій головного мозку у хворих з ендогенною патологією.

Матеріали та методи: Нами було обстежено пацієнтів чоловічої статі, які перебували на лікуванні у 7 відділенні ВОПНЛ ім. О.І.Ющенка з діагнозами параноїдна шизофренія, розлад адаптації зі змішаними порушеннями поведінки та емоцій, хронічний маячний розлад. Для проведення дослідження використовували методики: оцінка пам'яті «тест 10 слів», шкала Mini-mental State Examination (MMSE), тест малювання годинника, батарея лобної дисфункції, клінічна рейтингова шкала деменції, загальна шкала порушень.

Результати: В усіх пацієнтів, які належать до психотичного регістру, із наявними ендогенними захворюваннями різного генезу відмічено повільний розвиток порушення когнітивних функцій. За короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) порушення когнітивних функцій у даної групи хворих не виявлено. Кількість балів за тестом малювання годинника вказувала на легко виражені прояви лобної деменції. Батарея лобної дисфункції у всіх обстежених - 12 балів – помірна лобна дисфункція. Оцінка пам'яті «тест 10 слів» у переважної більшості хворих від 5 до 7 слів, що говорить про помірне та легке зниження мнестичної функції. 1 бал по клінічній рейтинговій шкалі деменції вказує на легку деменцію. 3 бали по загальній шкалі порушень – на легкий рівень.

Висновки: Таким чином, у всіх обстежених хворих, як з ендогенною, так і психогенною патологією були виявлені когнітивні порушення. В основному це були прояви лобної дисфункції. Це своєрідні зміни в сфері поведінки і психіки - «лобова психіка» - або апато-абулічний синдром: хворі як би байдужі до навколишнього, у них знижується бажання до здійснення довільних дій (мотивація), майже відсутня критика своїх вчинків, ці психічні розлади можуть поєднуватися з неохайністю (прояв лобної апраксії). Найбільш загальним проявом лобової дисфункції є дефект в здатності організовувати поточні когнітивні і поведінкові акти.

О.В. Кузовлєва, Л.В. Коваленко

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНОСТІ У СТУДЕНТІВ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

С.В. Теклюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Емоційна сфера особистості завжди була предметом пильної уваги психіатрів та психологів. Дослідженнями в цій області займалися як вітчизняні, так і зарубіжні вчені (Адлер А., Ізард К.Е., Павлов І.П., Сеченов І.М., Сельє Г., Фрейд З., Юнг К., та ін). У ситуації загрози, небезпеки, образи відбуваються зміни в емоційній сфері особистості, що є передумовою розвитку стресових реакцій, наслідком яких є тривожність, невротичність, депресія.

Мета дослідження: Дослідити і порівняти рівень тривожності і депресивності у студентів 4 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Матеріали і методи: Проведено аналіз на основі даних анкетування 17 студентів 4 курсу ВНМУ ім. М. І. Пирогова віком 20-21 р. жіночої та чоловічої статі . Анкетування проводилось за такими методиками: тест Спілберга-Ханіна на рівень особистісної та ситуаційної тривожності, Опитувальник Whooley та Бека для скринінгу депресивних станів.

Результати дослідження: Згідно з результатами тесту Спілберга-Ханіна низький та дуже низький рівень ситуаційної тривожності спостерігався у 58,8%(10 чоловік) анкетованих.

Середній рівень ситуаційної тривожності спостерігався у 35,2%(6 чоловік) анкетованих.

Високий рівень ситуаційної тривожності спостерігався у 5,8%(1 чоловік)анкетованих.

Особистісна тривожність низького та дуже низького рівня виявилась у 41,1%(7 чоловік).

Середній рівень виявився у 47%(8 чоловік). Високий рівень особистісної тривоги виявився у 11,7%(2 чоловіки); Проаналізувавши результати тестування за Беком виявилось ,що у 70,6%(12 чоловік) виявилась відсутність депресивної симптоматики. У 11,7% (2 чоловіки) виявились ознаки помірно вираженої депресії. Критичний рівень депресивності виявився у 11,7%(2 чоловіки).

Висновок: Отже,провівши аналіз отриманих нами результатів анкетування (тест Спілберга-Ханіна, опитувальник Whooley та Бека)студентів репрезентативних за віком ми дійшли до висновку,що у більшій частини студентів спостерігається низький рівень особистісної та ситуаційної тривожності та відсутність депресивної симптоматики. В той же час у деяких студентів спостерігались ознаки помірно вираженого / критичного рівня депресії.

В.А. Кузьміна, О.В. Аббасова

КЛІНІЧНА ПСИХОДІАГНОСТИКА В РАНЬОМУ ВИЯВЛЕННІ ДЕМЕНЦІЇ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.), К.М. Семененко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Судинна деменція – набутий психічний розлад, що виявляється зниженням інтелекту і порушує соціальну адаптацію хворого (робить його нездатним до професійної діяльності, обмежує можливості самообслуговування), розповсюдженість якого становить 15-20 % серед осіб похилого віку.

Мета: Визначити критерії ранньої діагностики судинної деменції психодіагностичними методами з метою запобігання прогресуванню хвороби.

Матеріали та методи: Нами було обстежено пацієнтів, які були на лікуванні у різних відділеннях ВОКГВВ. Для проведення практичної частини дослідження було підбрано ряд відповідних методик, які відповідали меті роботи: оцінка пам'яті «тест 10 слів», таблиці Шульте, шкала Mini-mental State Examination (MMSE), шкала ішемії Хачинського, тест малювання годинника, батарея лобної дисфункції, клінічна рейтингова шкала деменції, загальна шкала порушень.

Результати: В усіх пацієнтів із судинним типом деменції відмічено швидкий розвиток порушення когнітивних функцій. В анамнезі – тривалий перебіг серцево-судинних захворювань, зокрема, гіпертонічної хвороби та атеросклерозу, а також наслідки гострого порушення мозкового кровообігу. На судинний тип деменції вказують і високі показники за шкалою Хачинського – 10, 9, 11 та 13 балів. За короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) виявлено деменцію легкого та помірного ступеня – 19, 21, 23 і 22 бали. Тест малювання годинника відповідає 5, 5, 6 і 7 балам. Батарея лобної дисфункції у всіх випадках - до 11 б. Мнестична функція виражено знижена, від 2-5 слів. Таблиці Шульте більше 3,5 хвилини. Клінічна рейтингова шкала деменції 1, 2 бали, що вказує на легку і помірну деменцію. Загальна шкала порушень 3, 4 та 5 балів - легкі, помірні порушення та помірно тяжкі порушення.

Висновки: Таким чином, проведення психодіагностичного обстеження даного контингенту хворих дозволяє не тільки оцінити ступінь вираженості когнітивних порушень, але й їх топіку, на підставі чого визначити найбільш індивідуальні лікувальні рекомендації для усунення причин «зворотньої деменції», доцільне використання патогенетичної замісної та симптоматичної терапії.

В.О. Ларін

ОЦІНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ПРОЯВУ ЕМОЦІЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОЕКТИВНИХ МАЛЮНКОВИХ МЕТОДИК

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

С.В. Римша (д.мед.н, проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Проективні методики засновані на аналізі продуктів уяви і фантазії і спрямовані на розкриття внутрішнього світу особистості, світу її суб'єктивних переживань, думок, установок, очікувань. Приоритет у використанні терміну "проекція" для позначення особливої групи методів належить **Лоренсу Франку** (1939). Проективні методи надають первинну інформацію щодо основних характеристик особистості. Значною позитивною рисою проективних технік є відсутність оціночної позиції дослідника. Також експресивні проективні техніки не є складними щодо адаптації, адже стимули індивідуальні до змін та в них нівельований лінгвістичний аспект. Важливою ознакою проективних технік є їх здатність виявляти латентні характеристики особистості. За допомогою експресивних (малюнкових) методик з'являється можливість за короткий час зібрати різнобічну інформацію про індивіда, для них характерний широкий діапазон віку і за допомогою даної методики відображаються не тільки особистісні риси а й психічні стани.

Мета: Виявити невербальні прояви неусвідомлюваних емоцій за допомогою проективних методиках у малюнках психічно хворих.

Матеріали та методи: Аналіз та інтерпретація малюнків хворих з ендogenous розладами (афективні розлади та шизофренія) та органічними ураженнями. Досліджено було по 5 малюнків від кожного з хворих: «Дім», «Дерево», «Образ себе», «Образ хвороби» та «Образ сім'ї» з метою виявлення тривоги, депресивності та агресії, які хворі не могли вербалізувати.

Результати: Більшості хворим притаманні депресивні схильності, часто обумовлені внутрішньою тривогою. Тільки один з 12 хворих, з маніакальним станом не виявив ознак депресії, проте як і всі решта намагався компенсувати свій стан контролюванням власних емоцій, що проявлялось у виборі кольорів, натиску олівцем, структурі об'єкту, розміру, розташуванню та деталізації, внутрішня тривога, у хворого при зображенні себе зображувалась палінням сигарети. Притаманне проектування образного бачення малюнку без прив'язування до реально існуючих об'єктів. В залежності від діагнозу спостерігалась різна деталізація, наприклад у хворих на

шизофренію відсутність ручки у дверях, пусті “сліпі вікна” відображали замкнутість, органікам була притаманна надмірна деталізація, в той час як у афективних (депресивних) вона вкрай мінімальна. У всіх хворих спостерігалася бідність емоційного інтелекту, дистанціювання від оточуючого світу з акцентуванням уваги тільки на власних переживаннях.

Висновки: Проаналізувавши малюнки, можна стверджувати про вираженість у хворих (за винятком манакального стану) депресії, автентичності та внутрішньої тривоги, що можливо обумовленою і перебуванням у лікарні. Усі без винятку хворі акцентують свою увагу тільки на внутрішніх переживаннях. Під час аналізу були виявлені також і агресія як компенсаторний захисний механізм.

А.С. Лемешов

ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРО- И КИФОПЛАСТИКА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ.

кафедра нервных болезней с курсом нейрохирургии

В.М. Ольхов, К.И. Горбатько, В.В. Кириченко, Д.С. Майструк

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,

г. Винница, Украина

Актуальность. Компрессионные переломы тел позвонков одна из достаточно распространенных патологий особенно у людей старшего возраста. С увеличением возраста увеличивается вероятность развития остеопороза, который, соответственно, может привести к компрессионному перелому тела позвонков.

Цель исследования: Определить динамику болевых ощущений у пациентов после выполнения пункционной чрезкожной вертебро- и кифопластики (ВП и КП) при компрессии позвонков различного генеза.

Материалы и методы: В период с 2012 по 2016гг в отделении нейрохирургии Винницкой областной психоневрологической больницы имени акад. А.И. Ющенко был прооперирован 34 пациента (23 мужчин и 11 женщины) с применением метода чрезкожной КП, и 290 пациентов (100 и 190 соответственно) методом пункционной ВП. Всем пациентам были разосланы анкеты в которых мы просили оценить их болевые ощущения по шкале VAS (visualanaloguescale), до проведения операции и на момент опроса. Ответ получен только от 6 человек которым была произведена КП и 36 – от пациентов, которым была выполнена ВП.

Результаты и их обсуждение: В полученных анкетах пациентов группы КП, показатель по VAS до операции составлял $8,67 \pm 0,91$, после операции – $2 \pm 2,93$. Время от выполнения вмешательства до момента исследования составило $1,5 \pm 0,8$ года.

В группе ВП показатель VAS до операции составил $8,54 \pm 1,43$. После операции – $3,82 \pm 2,99$. Катемнез в среднем – $1,28 \pm 1,33$ года.

В 6 набл. КП и 32 ВП имел место выход цемента за границы тела позвонка, в 2 в спинальный канал. Данное осложнение ни в одном случае не привело к серьезным последствиям, и протекали асимптомно. Мы отметили значительное снижение случаев «выхода» цемента за границы тела позвонка при использовании цемента VertaPlex.

Всех пациентов активизировали спустя 2-3 часа после вмешательства, с последующей выпиской в тот же или на следующий день. Осложнений связанных с ранней активизацией больных нами отмечено не было.

Значительное увеличение количества КП и ВП на протяжении последних двух лет объясняется интенсивной информационной работой для врачей и пациентов, которая проводится нами для улучшения осведомления пациентов с данной патологией и методами ее лечения.

Выводы: Пункционная вертебро- и кифопластика являются эффективными методами лечения болевого синдрома, которые значительно и быстро улучшают состояние пациентов на длительный срок.

О.І. Масік

ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

С.В. Римша (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Прояви депресивного синдрому і різноманітність його проявів при, здавалося б, досить чіткій і вивченій симптоматиці створюють дивовижну мозаїку клінічного перебігу з фіксацією на рівні соматички. У дітей підліткового віку розлади настрою чи дистимія проявляються досить різноманітно, при цьому тривалість симптоматики недостатня, щоб діагностувати депресивний стан. Тому, особливість симптоматики психосоматичної патології стає вельми актуальною проблемою.

Мета: виявлення клінічних психопатологічних особливостей соматизованого депресивного розладу при розвитку психосоматичної патології у підлітків.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження з використанням патопсихологічної методики депресії CDI (М. Kovacs) 127 підлітків з психосоматичними розладами. Серед них було 65 хлопчиків і 62 дівчинки, розподілені за віком: молодший підлітковий вік (10-14 років, n = 66), середній підлітковий вік (15-16 років, n = 42), старший підлітковий вік (17-18 років, n = 19).

Залежно від соціального статусу: на підлітків з повної сім'ї ($n = 68$), підлітків з неповної сім'ї ($n = 20$) і підлітків-сиріт ($n = 39$).

Результати та їх обговорення. Соматизований депресивний синдром діагностований у 5,03% підлітків віком 10-14 років, 17,71% - віком 15-16 років, 22,22% - віком 17-18 років, 3,33% підлітків з повної сім'ї, 37,04 % підлітків з неповної сім'ї і 16,0% сиріт.

Виявлено, що у більшості учнів рівень депресії знаходиться в межах норми (від $43,63 \pm 0,21$ до $53,97 \pm 0,22$ балів - середній рівень). Разом з тим, в групі старшого підліткового віку рівень депресії вищий за середній (від $55,45 \pm 0,49$ до $61,88 \pm 0,53$ балів) при ($p < 0,00001$), порівняно з групами молодшого і середнього підліткового віку.

Проведений аналіз показав, що загальне зниження настрою, постійне очікування неприємностей і підвищений рівень тривожності відзначали 47,37% підлітків. Агресивна поведінка, високий негативізм і ідентифікація себе з поганим мало місце в 57,89% осіб. Високий рівень впевненості в своїй неефективності в школі визначено в 52,63% респондентів, високий рівень виснаження і почуття самотності виявлено в 47,37%. Низьку самооцінку і наявність суїцидальних думок вказували 36,84%.

Найвищий відсоток неблагополуччя в групі молодшого підліткового віку було визначено за шкалою В (42,42%), однакові значення отримані за шкалами CDI загальний, шкалами С, D (по 34,85%), (25,76%) за шкалою А, та шкалою Е (22,73%).

У групі середнього підліткового віку рівень депресії вище середнього значення (від $50,59 \pm 0,20$ до $53,11 \pm 0,31$ балів): за шкалою С - 33,33%, шкалами D і В - по 28,57%, шкалою CDI загальний - 21,43%, шкалою А - 19,05%, шкалою Е - 4,76%.

В залежності від соціального статусу найвищі показники рівня депресії отримані в групі сиріт з високим відсотком за загальним показником CDI, шкалами В, С і D. У групі дітей з повної сім'ї встановлено низький рівень депресії за всіма шкалами (не перевищує 33%).

Висновки. Опитувальник депресії CDI може бути використаний для виявлення підлітків з емоційними розладами, що входять до групи ризику і схильних до емоційної дезадаптації, а також зв'язків між дією психогенних факторів і симптомами психосоматичної патології.

О.А. Мацієвська

ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ

Циклова комісія терапевтичних дисциплін

І.І. Лішук (а.к.)

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради

м. Житомир, Україна

Актуальність: Професійна діяльність медичних сестер, які працюють з онкологічними пацієнтами припускає емоційну насиченість і високий відсоток факторів, що викликають стрес. Зважаючи також на значне навантаження, особливо за кількістю пацієнтів, з якими працюють медичні сестри, виявлено, що синдром емоційного виснаження (СЕВ) проявляється неадекватним реагуванням на пацієнтів і колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, переважною, яка веде до редукції професійних обов'язків та негативного впливу роботи на особисте життя (40-90 %). Вважаємо, що необхідно працювати над питаннями ефективної профілактики СЕВ у медичних сестер.

Мета: розробити програму профілактики синдрому емоційного виснаження у медичних сестер, які працюють з онкологічними пацієнтами.

Матеріали та методи: системний аналіз та логічне узагальнення.

Результати: Діяльність медичних сестер передбачає високе служіння, самовідданість професії та людям, віддачу своїх фізичних і моральних сил. Медична сестра на сучасному етапі розвитку медсестринства являється однією з ключових фігур у покращенні якості життя пацієнтів. Вона має бути готова до самостійної роботи в складі мультидисциплінарної команди. До особистості медичної сестри висуваються особливі вимоги. Пацієнтам важливі не лише професійні знання, вміння і навички медичних сестер, але їхні особистісні якості: уважність, чуйність, емпатійність, комунікабельність, стресостійкість.

Медсестри, стикаючись з чужими проблемами, болем, з негативними емоціями, досить часто втрачає своє фізичне і психічне здоров'я. Як наслідок, виникають такі негативні емоції, як черствість, байдужість, небажання допомогти і підтримати хворих у їхніх проблемах, небажання працювати. Тобто спостерігається деформація особистості. Це призводить до формування СЕВ – це реакція організму, яка виникає внаслідок довготривалого впливу професійних стресів середньої інтенсивності; це поступова втрата емоційної, когнітивної і фізичної енергії, які проявляються в симптомах емоційного, розумового виснаження, швидкої фізичної втоми та зниження працездатності.

Профілактичні та реабілітаційні заходи спрямовані на усунення дії стресових факторів: зняття робочої напруги; підвищення професійної мотивації; вирівнювання балансу між витраченими зусиллями і отримуваною винагородою; збільшення знань, удосконалення навичок і вмінь; покращення умов праці та відпочинку,

створення системи психологічного розвантаження; покращення психологічного клімату в колективі; покращення оплати праці; соціальний захист. Нами запропоновані техніки аутотренінгу, програми особистісного розвитку, психотерапевтичні методи.

Висновки: Проблема СЕВ у медичних сестер онкологічних відділень надзвичайно поширена, тому є досить актуальним проведення ефективних профілактичних заходів для медичного персоналу. Медичні сестри забезпечують результативність діяльності закладів охорони здоров'я, а це можливо лише при високому потенціалі їхнього здоров'я.

Я.І. Мосур

ДЕПРЕСИВНІ ПРОЯВИ В СТРУКТУРІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ ПОРУШЕНЬ.

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

О.І. Масік (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні частою причиною скарг (36-71%) хворих, що звертаються до лікаря у зв'язку зі шлунково-кишковими порушеннями є депресивні прояви. Необхідно відзначити те, що при всьому цьому традиційно вдається виявити ті або інші варіанти морфофункціональних порушень у вигляді поверхневого гастриту, дисмоторики верхніх відділів ШКТ, дуоденогастрального або гастроєзофагеального рефлюксів, подразнення товстої кишки та інші функціональні порушення, де немає чітко визначеної обумовленої причини. Домінування в клінічній картині вегетативних і фізичних порушень, розвиток деяких форм депресій, здатних протікати на соматичному рівні, створюють діагностичні труднощі в розпізнаванні подібного роду розладів. Рання діагностика і адекватна терапія депресивних розладів стає однією з найважливіших проблем сучасної медицини та набуває все більш важливого значення в медичній практиці.

Мета: провести огляд літературних даних щодо депресивних проявів у структурі клінічної картини розладів ШКТ у практиці сімейного лікаря та лікаря-гастроентеролога

Матеріали та методи: проаналізувати дані літературних джерел за останні 10 років.

Результати: Смоції є універсальним індикатором змін внутрішнього середовища і супроводжують усі психічні процеси організму людини. Розлади настрою або дистимія у осіб різного віку проявляються по-різному: тривалим пригніченням настрою, дисфорією, заниженою самооцінкою, почуттям безнадійності, при цьому всі симптоми або недостатньо виражені, або періоди погіршення симптоматики недостатньо тривалі, щоб діагностувати депресивний стан. Одним із варіантів перебігу прихованої багатофакторної депресії є алгічно-сенсопатичний у вигляді абдомінального синдрому. Пацієнти скаржаться на біль, спазми, парестезії в епігастральній ділянці, по ходу кишечника, в області печінки. Хворі відчувають тяжкість, тиск, «переповнення», «розпирання», «вібрацію» шлунку, «здуття» кишечника, нудоту, болісну відрижку. До диференційно-діагностичних критеріїв синдрому відноситься своєрідний, сенсопатичний, мігруючий характер болю, що не укладається в симптоматику будь-якого соматичного захворювання, спонтанність їх появу і зникнення. Однак навіть при наявності критеріїв маскованої депресії та відсутності об'єктивних ознак ураження часті випадки недовиявлення депресивних розладів в загальній медичній практиці. Однією з вірогідних причин цього є недостатність знань в області психіатрії та прийняття депресивних порушень за нормальну реакцію пацієнта на свій стан.

Висновки: В діагностиці клінічної картини шлунково-кишкових порушень необхідно віддати перевагу патопсихологічним методикам, які направлені на виявлення тривоги, депресії, вегетативних розладів, оцінки самопочуття, активності, настрою. Здатність правильно діагностувати та індивідуально вірно поєднувати базисну біологічну терапію з психофармакотерапією та психотерапевтичною корекцією дозволить досягти гарних результатів лікування.

В.А. Муковнін

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У СПРИЙНЯТТІ ОБРАЗУ ІДЕАЛЬНОЇ ЖІНКИ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти.

І.С. Потоцька (к. психол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Тисячоліттями у людей склалися стереотипні уявлення про образ ідеальної жінки, котрі до сих пір розповсюджуються серед представників тої чи іншої статі, незалежно від їх індивідуальних особливостей, культури чи віку. На даному етапі розвитку людства, суспільство переживає грандіозні зміни в політичних, соціальних та культурних сферах, і через це відбувається трансформація та розмивання стереотипів, в тому числі образу ідеальної жінки.

Метою є виявлення відмінностей у формуванні образу ідеальної жінки серед чоловіків та жінок залежно від їх психологічної статі.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось з використанням адаптованої методики визначення психологічної статі особистості (Bern Sex Role Inventory) та письмового опитування з використанням відкритих і закритих питань. Дане дослідження проводилося на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова. У дослідженні взяли участь студенти 1-3 курсів, серед яких було 20 дівчат і 20 хлопців.

Результати. За даними методики визначення психологічної статі особистості було з'ясовано, що 45% від усіх досліджуваних хлопців притаманний маскулінний тип особистості, 25% хлопців мають андрогінний тип особистості і 30% - має фемінний тип особистості. За результатами дослідження психологічної статі у дівчат були отримані такі дані: у 70% дівчат переважає фемінний тип особистості, 15% дівчат притаманний андрогінний тип та у 15% - виявлено маскулінний тип. За допомогою авторського опитувальника було визначено найбажаніші характеристики ідеальної жінки. Для фемінних жінок цими рисами виявилися – хороша мама, розумна, добра; у маскулінних жінок – весела, розумна, добра; у андрогінних – хороша мама, розумна, жіночна. Найбажанішими характеристиками ідеальної жінки у хлопців різної психологічної статі стали: у фемінних чоловіків – розумна, красива, весела; у маскулінних – розумна, красива, жіночна; у андрогінних – розумна, красива, жіночна.

Висновки. За даними проведеного дослідження ми можемо стверджувати, що в даній вибірці відповідність психологічної статі до біологічної виражена більше у дівчат. За результатами авторського опитувальника виявлено, що психологічна стать впливає на формування образу ідеальної жінки більше, ніж біологічна. У опитаних фемінних і андрогінних дівчат перше місце в образі ідеальної жінки посідає здатність бути хорошою мамою, а у маскулінних жінок – здатність бути веселою. Що стосується хлопців, то домінуючі якості були обрані не залежно від психологічної статі – на їх думку, ідеальна жінка має бути розумною, красивою та жіночною. Доречі, лише хлопці в трійку найважливіших рис ідеальної жінки внесли красу, як зовнішню привабливість. Загальним явищем не залежно від біологічної та психологічної статі є значимість «розуму» як інтелектуальності в образі ідеальної жінки. На нашу думку це може бути пов'язано з тим, що наша вибірка складалася із студентів ВНЗ, для яких власний розвиток та якісні знання є важливими. Нажаль, така важлива риса як «бути хорошою господинею» сучасною молоддю не цінуються та знаходиться на останніх місцях по значимості для усієї вибірки. На нашу думку це пов'язано із особливостями юнацького віку. Допускаємо припущення, що з віком ця риса стає більш значимою як для представників чоловічої, так і для жіночої статі.

А.О. Ольхова, О.Р. Котков

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

К.О. Зеленська (к.мед.н.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: В зв'язку з проведенням Антитерористичної операції на сході України, щомісяця зростає число бійців, що повернулися з театру бойових дій з діагнозом ПТСР. Часто це захворювання супроводжується алкогольною залежністю, що впливає на клініку та подальшу терапію цього захворювання. Тому важливим є вивчення особливостей клінічної картини перебігу ПТСР при даній коморбідності.

Мета: Порівняти рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя військовослужбовців з ПТСР при наявності та відсутності алкогольної залежності.

Матеріали та методи: Нами було опитано 11 хворих, чоловічої статі з діагнозом: Посттравматичний стресовий розлад F43.1., які проходили лікування на базі психіатричного відділення Військово-Медичного клінічного центру Північного Регіону. Шість хворих також мали синдром алкогольної залежності. І тому ми розділили всіх хворих на дві групи: група I з синдромом алкогольної залежності, група II без синдрому алкогольної залежності. Для даного дослідження ми використовували наступні методи: клініко-психопатологічний, який включав інтерв'ювання та спостереження, клініко-анамнестичний та психодіагностичний, який включав методику діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд, Міссісіпську шкалу посттравматичного стресового розладу, опитувальник оцінки якості життя SF-36.

Результати: Нами були отримані наступні дані: в групі I зниження внутрішнього контролю відмічалось у 50% опитаних, знижене прагнення до домінування у 83%, емоційний дискомфорт у 100%, ескапізм у 17% та неприйняття себе у 17%. При цьому психологічний дискомфорт за шкалою якості життя відмічався у 83%, а фізичний дискомфорт у 50%.

В групі II підвищена відомість спостерігається в 20%, зниження адаптації у 40%, неприйняття себе у 60%, емоційний дискомфорт у 20%, знижене прагнення до домінування у 20%, неприйняття інших у 40%, ескапізм у 20%. Психологічний дискомфорт у 60%, фізичний у 80%.

Висновки: Виходячи з наведеного вище ми можемо зробити наступні висновки. Синдром алкогольної залежності зустрічається найчастіше у хворих з підвищеним емоційним дискомфортом та зниженим прагненням до домінування. При цьому серед хворих з коморбідністю частіше зустрічається психологічний дискомфорт, а фізичний серед хворих без синдрому алкогольної залежності. Тому, допомога

військовослужбовцям з ПТСР повинна включати не тільки стандартну терапію, а й бути комплексною та комбінованою з урахуванням коморбідності з алкогольною залежністю та психологічними особливостями пацієнтів.

І.О. Панасюк

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЕКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ У ЖІНОК

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти.

І.С. Потоцька (к.псих.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Дана дослідницька робота присвячена одній з найбільш актуальних проблем сучасного суспільства - жіночій самотності. Проблема самотності останнім часом охоплює все більше людей. Це пов'язано з демографічними, соціальними, економічними, і політичними перетвореннями нашого суспільства, які відбулися за останні роки. Нове соціальне середовище, що створюється в наш час у країні, висуває нові вимоги до жіночого соціуму, змінює діапазон соціальних ролей, їх зміст, місце самотніх жінок у соціальній структурі суспільства, що знаходить своє відображення в зміні їхнього соціального статусу. Багато сучасних жінок мають складності у побудові сімейних стосунків та медичні проблеми, які стоять на заваді народження дітей. Отже, у даному дослідженні ми вирішили дослідити суб'єктивне переживання самотності жінок, які в даний момент не перебувають у шлюбі та не мають власних дітей.

Метою даної дослідження є вивчення суб'єктивного переживання самотності жінок.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь жінки у віці 19 - 43 років, які не мають дітей та стосунків з чоловіками на даний момент. Кількість досліджуваних - 55 осіб. Для отримання емпіричних даних в дослідженні використовувалися наступні діагностичні методики:

1. Методика діагностики рівня самооцінки С.А. Будассі.

2. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д.Рассела і М. Фергюсона.

Результати: За даними методики С.А. Будассі переважна більшість опитаних самотніх жінок мають низьку неадекватну самооцінку - 70% від загальної вибірки. 30% респонденток мають низький рівень самооцінки, проте вона характеризується адекватністю. Ні в одній з досліджуваних жінок не виявлено середній або високий рівень самооцінки. За результатами методики дослідження суб'єктивного відчуття самотності лише 5% з вибірки продемонструвало низький рівень переживання самотності від загального числа опитаних жінок. 25% респонденток продемонстрували середній рівень переживання самотності. Більшість опитаних жінок демонструють високий рівень переживання самотності - 70%.

Висновки: Підводячи підсумки, можна зробити наступні узагальнення: результати дослідження показали високі показники по переживанню самотності у жінок. Ми робимо припущення, що при наявності дітей ці результати будуть дещо нижчими. Самотність як психічне явище може бути присутнім у всіх сферах поведінки і життєдіяльності людини. Реальні відносини людини порівнюються з бажаними ідеальними відносинами. Усвідомлення невідповідності між ними викликає самотність. Результати дослідження виявили що самотність знижує самооцінку особистості жінки. Питання про характер і причини самотності жінок є багатоаспектним і вимагає подальших наукових досліджень. Перспективу подальших досліджень вбачаємо у вивченні факторів, які впливають на самотність у жінок.

А.М. Паньків

СОЦІАЛЬНА РЕФЛЕКСІЯ ТА ЛОКУС КОНТРОЛЮ: КУЛЬТУРНИЙ ВИМІР СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОБЛЕМИ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

О.О. Белов (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дж. Сорос у своїй праці "Помилковість, рефлексивність і принцип людської непевності" створює підстави для "елементарного" аналізу колективної структури свідомості. Після зовнішньо-психічного символізму та ціннісного стрижня свідомості, наступним елементом колективної структури свідомості є соціальна рефлексія. П. Тейяр де Шарден у філософському дослідженні "Феномен людини" (М., 1987) так визначає рефлексію: "рефлексія — це набутий свідомістю спосіб зосередитись на самому собі і оволодіти самим собою як предметом, який володіє своєю специфічною стійкістю і своїм специфічним значенням, — здатністю вже не просто знати, а знати, що знаєш" (с. 65 зазначеного видання).

Мета дослідження: прослідкувати взаємодію між соціальною рефлексією та локусом контролю крізь призму "елементарного" соціально-психологічного підходу.

Матеріали та методи: психоантропологічний підхід, "елементарний" аналіз колективної структури свідомості. Соціальна рефлексія передбачає існування стійкого соціального знання про те, що це знання існує. Соціальна рефлексія — важлива ланка у взаємодії зовнішньо-психічного символізму та ціннісного стрижня свідомості.

Вона виникає в процесі впливу спадкового генетичного духу на роботу первісної здатності й потреби у вірі релігійного характеру та первісної помилковості тверджень мислення як елементів зовнішньої психіки. Соціальна рефлексія проявляється на етнопсихологічному рівні через роботу “локусу контролю”. В українському науковому контексті цю теорію достатньо повно розкрили І.Данилюк (“Етнічна психологія як галузь наукового знання”, 2010) та В. Мельник (“Нариси з теорії соціокультурної антропології”, 2015). Згідно з їхніми визначеннями існують два локуси контролю: інтернальний або внутрішній, який характеризує культуру західного світу і екстернальний чи зовнішній, який проявляється в культурі східного світу. В західній культурі, за умови дії інтернального локусу контролю, люди відчувають самих себе відповідальними за те, що з ними відбувається. У східній культурі, в контексті екстернального локусу контролю, люди ставлять результати власної діяльності у певну послідовну та інколи нелогічну залежність від, наприклад, інших людей, від випадку, від долі.

Результати. Проаналізовано нові джерела з психологічної антропології, що розвивають соціально-психологічний елементаризм. Установлено, що витoki сучасного осмислення взаємодії соціальної рефлексії та локусу контролю в культурно-психологічному вимірі слід шукати у працях П. Тейяра де Шардена і Дж. Сороса. В Україні вказаною проблематикою займаються І. В. Данилюк та В. М. Мельник.

Висновки. Локус контролю є тим елементом, який відображає первинність культури в цивілізаційному аспекті. Культура також виступає тут більш первинним поняттям, ніж якісь умовні “інстинкти”. Культура є явищем природним і біосферним, як і менталітет чи етнонаціональна свідомість. Культура виступає також і об'єднуючим контекстом для психологій етносу та класів. У цьому контексті, локус контролю і соціальну рефлексію доцільно розглядати як синонімічні категорії соціальної психології, що характеризують психологічне самоосмислення індивіда в межах конкретної культури.

М.І. Піщуліна

ХРОНІЧНІ СУБДУРАЛЬНІ ГЕМАТОМИ. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра нервових хвороб

В.М. Ольхов (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Внаслідок того, що формування хронічної субдуральної гематоми відбувається протягом тривалого проміжку часу, втрачається причинний зв'язок з травмою, у більшості випадків утруднюється вчасна діагностика та лікування.

Мета дослідження: Визначення особливостей перебігу та методу лікування хронічних субдуральних гематом.

Матеріали та методи: Ретроспективно було проаналізовано 35 історій хвороб пацієнтів нейрохірургічного відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні за 2016-2017рр., з верифікованим діагнозом на основі МРТ "Хронічна субдуральна гематома".

Результати дослідження: Основними скаргами хворих були: постійний головний біль, у 26 (74,3%) хворих, слабкість в кінцівках – 22 (62,9%), нудота – 23 (65,7%), блювання – 19 (54,3%), головокружіння – у 18 (51,4%). В неврологічному статусі у 28 (80,0%) хворих стан свідомості було ясний до и після оперативного втручання. Лише у 4 (11,4%) хворих спостерігалось порушення свідомості по типу поверхневого оглушення, по 1 (2,9%) випадку глибоке оглушення, сопор и поверхнева кома. У 13 (37,1%) хворих спостерігалось зниження пам'яті, у 8 (22,9%) епілептичні судоми генералізовані. Ригідність потиличних м'язів відмічалась у 12 (34,3%) хворих, з них у 8 слабо вираженого характеру. Анізокорія спостерігалась у 3 (8,6%) хворих. порушення мови у вигляді моторної афазії у 4 (11,4%), сенсорна афазія – 3 (8,6%). Парези кінцівок у вигляді контралатерального геміпарезу у 19 (54,3%), монопарез у 3 (8,6%), тетрапарез у 4 (11,4%). Підвищення сухожилкових рефлексів на протилежній стороні у 23 (65,7%). В більшості випадків (60,0%) ХСГ була логалізована з однієї сторони. Всі ХСГ були видалені малоінвазивним оперативним втручанням, шляхом утворення фрезових отворів та дренажу вмісту капсули. Стан усіх пацієнтів в післяопераційному періоді покращився, рецидиви не спостерігались.

Висновки: ХСГ протікають з загально мозковими (головний біль-74,3%, нудота - 65,7%, блювання 54,3%) та вогнищевими симптомами (парези кінцівок 54,3%) симптомами. Малоінвазивний хірургічний метод видалення ХСГ є виправданим порівняно з іншими методами, через відсутність рецидивів та ускладнень.

А.І. Проць

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЮ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДЦП

Циклова комісія терапевтичних дисциплін

І.В. Гадай (викладач неврології вищої категорії)

Луцький базовий медичний коледж

м. Луцьк, Україна

Актуальність: Статистичні дані про захворюваність на дитячий церебральний параліч свідчать про зростання даного захворювання. Тому актуальним є урізноманітнення, удосконалення та впровадження нових методів

реабілітації та лікування цього захворювання.

Мета: Визначити рівень моторних порушень у хворих на спастичні форми ДЦП та оцінити ефективність сучасних реабілітаційних заходів.

Матеріали та методи: Групу досліджуваних склали 30 дітей віком 5-10 років зі спастичними формами ДЦП (спастична диплегія - 11 дітей, подвійна геміплегія - 19 дітей). Діти розподілились на групи: контрольна група (n=10), що проходила курс загальноприйнятого лікування (масаж, ЛФК, медикаментозна терапія), група, що отримала систему інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації за методом В. І. Козьявкіна (n=10) та група, що лікувалась препаратом «Диспорт» (n=10). Спостереженням охоплено період з 2013 по 2016 роки.

Результати: Ефективність лікування і реабілітації визначалися на основі позитивних змін у фізичній спроможності дітей за допомогою системи класифікації великих моторних функцій (GMFCS). Діти контрольної та основної груп мали приблизно однаковий ступінь моторних розладів. Для оцінки моторних порушень пропонувалось виконати наступні тести: А – перевороти в бік з лежачого положення, В – сидіння, С – повзання і пересування на колінах, D – стояння, Е – хода, біг, стрибки. Виконання кожного тесту оцінювалось в балах: 0 балів – відсутнє виконання, 1 бал – ініціатива виконання, 2 бали – виконання часткове, 3 бали – повне виконання. Результат розраховувався у відсотковому співвідношенні до максимального числа балів. За цими результатами виділилось 5 рівнів важкості рухових розладів: I рівень (норма) 80-100%, рівень II (легкі порушення) 60-80%, рівень III (порушення середнього ступеня важкості), рівень IV (важкі порушення) 40-60%, V рівень (дуже важкі порушення) 0-20%.

Висновок: Оцінка рівня моторних порушень та ефективності проведених реабілітаційних заходів за допомогою системи класифікації великих моторних функцій (GMFCS) дозволяє з великою точністю оцінити стан дитини до і після проведених реабілітаційних заходів. Під впливом проведеного лікування в більшості випадків була досягнута позитивна динаміка, однак вища ефективність реабілітації спостерігалась в групах, де застосовували лікування «Диспортом» та інтенсивну нейрофізіологічну реабілітацію.

Н.С. Ракита

КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ І НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРКІНСОНІЗМУ І ПАРКІНСОНІЧНИХ СИНДРОМІВ

Кафедра неврології та нейрохірургії

С.В. Селезньова (к.м.н., доц.)

Донецький національний медичний університет

м. Краматорськ, Україна

Актуальність: Паркінсонізм - синдром, який може бути проявом кількох десятків захворювань головного мозку, переважно уражають базальні ганглії. Найчастішою причиною є хвороба Паркінсона. Близько 20% випадків паркінсонізму викликані мультисистемними дегенераціями ЦНС - поєднанням паркінсонізму з іншими неврологічними синдромами («паркінсонізм-плюс»).

Мета: визначення клініко-нейропсихологічних і нейровізуалізаційних особливостей паркінсонізму різної етіології та розробці комплексного підходу до диференціальної діагностики паркінсонізму.

Матеріали і методи: Ми обстежили 66 хворих з паркінсонізмом, направлених в м.Краматорськ і м.Слов'янськ, переважно за період з 2015 по 2016 рік. Відповідно до загальноприйнятих критеріїв у 28 хворих була діагностована хвороба Паркінсона, а у 32 хворих - судинний паркінсонізм, у 6 хворих – інші нейродегенеративні захворювання (мультисистемна атрофія, прогресуючий над'ядерний параліч).

Дослідження включало клініко-неврологічну оцінку із застосуванням комплексу кількісних шкал, які оцінювали різні аспекти паркінсонічного синдрому - оцінка нейропсихологічного статусу (метод О.Р.Лурія), психомоторних функцій (вимірювання часу простих і складних сенсомоторних реакцій), дослідження афективних і поведінкових порушень (шкали депресії Гамільтона і Бека), визначення ступеня вираженості розладів рухів (шкала по Хен і Яру), оцінка когнітивних функцій (шкала MMSE).

Результати: При обстеженні відзначені наступні клінічні особливості хворих :- Хворобою Паркінсона: 1) односторонній дебют (91% випадків) з ніяковістю або тремтінням в руці, рідше нозі; 2) асиметрія симптомів з більш важкими проявами на стороні дебюту; 3) наявність тремору спокою (у 82% хворих); 4) відносно повільне прогресування захворювання зі зміною стадій в середньому через $4,3 \pm 2,9$ років; 5) переважання рухових порушень в кінцівках над аксіальними руховими порушеннями, особливо на ранній стадії хвороби; 6) помірна вираженість вегетативної дисфункції; 7) наявність спадкового анамнезу. Судинним паркінсонізмом: 1) відсутність або мала виразність тремору спокою; 2) переважання симптоматики в нижній половині тіла; 3) раннє і більш швидкий розвиток постуральних порушень і змін ходьби; 4) більш швидке прогресування псевдобульбарних симптомів; 5) наявність пірамідних і мозочкових знаків, гемідистонії, лобових знаків; 6) когнітивні порушення (легкі та помірні), які не досягали ступеня деменції, можуть розвивались частіше і швидше, залежали від віку і вираженості судинних порушень; атеросклеротичне ураження судин головного мозку.

Висновки: Нами були визначені клініко-нейропсихологічні і нейровізуалізаційні особливості хвороби Паркінсона і паркінсонічних синдромів. Було виявлено, що у хворих з помірними і вираженими когнітивними

порушеннями тривалість захворювання і вік хворих були вище, ніж у хворих з легкими когнітивними порушеннями. У той же час прямої відповідності між вираженістю рухових і когнітивних порушень не було.

А.Ю. Рассолова, М.О. Гончаренко

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОГИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПЕРШОГО ТА ОСТАНЬОГО КУРСІВ НАВЧАННЯ

Кафедра загальної і медичної психології і педагогіки

О.О. Лазуренко (ст..викл.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
м. Київ, Україна

Актуальність теми: Останнім часом тривога все більше реєструється як один з проявів таких соматичних хвороб, як: захворювання серцево-судинної системи, хронічних захворювань дихальної системи та хвороб шлунково-кишкового тракту. Проблеми з психічним здоров'ям, включаючи тривогу, депресію, шизофренію, є однією з основних причин дострокового виходу на пенсію та інвалідності в багатьох країнах. Вони є важким тягарем для світової економіки, оскільки згідно статистики WHO щорічно витрачається близько 1 трлн доларів на лікування даних захворювань.

Медичні студенти є групою ризику в розвитку психічних порушень та певних специфічних розладів, оскільки підвержені академічному та професійному стресу при низькій психоемоційній готовності.

Мета роботи: Дослідити вираженість показників тривоги у студентів медичного університету для використання цих даних у подальших дослідженнях щодо формування методів своєчасного розпізнавання, психокорекції та психопрофілактики депресивно-тривожних розладів.

Матеріали та методи: Було проведено анкетування 200 студентів, що навчаються у Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця, використовуючи методики діагностики особистісної та ситуативної тривоги за шкалою Ч. Спілбергера- Л.Ханіна (1976).

Результати: За результатами емпіричного дослідження отримані наступні дані: рівні ситуативної тривоги у студентів першого курсу розподілилися таким чином : «низька» -9,2%, «помірна»-33,8%, «висока»-57%; у студентів шостого курсу - «низька» -3,9%, «помірна»-48,9%, «висока»-47,2%; рівні особистісної тривоги у студентів першого курсу такі: «низька»- 9,7%, «помірна»-30,5%, «висока»-59,8%, у студентів шостого курсу - «низька» -19,7%, «помірна»-49,4%, «висока»-30,9%.

Висновки: При порівнянні рівня ситуативної та особистісної тривоги серед студентів 1 та 6 курсів, вищий відсоток виявлений серед студентів 1 курсу. При цьому кількість студентів з високою особистісною тривогою на 1 курсі достовірно вища, ніж на 6 курсі ($p < 0,05$). Такі результати можна пояснити реакцією періоду адаптації на зміну способу життя, підвищення розумових, емоційних та фізичних навантажень.

К.М. Семененко

КОРЕЛЯЦІЯ РОЗЛАДІВ УВАГИ У КОМБАТАНТІВ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

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: Непсихотичний психічний розлад, який включає порушення уваги є одним з найпоширеніших розладів у комбатантів. Згідно з даними проведених досліджень, 95% учасників бойових дій мають порушення з боку уваги. Однією з головних особливостей цього розладу є те, що він рідко зустрічається ізольовано: щонайменше у 90% пацієнтів є, як мінімум, ще один супутній неспсихотичний психічний розлад, у 50% – наявні щонайменше два розлади, у 15% – три і більше. Порушення уваги може корелювати з іншими когнітивними розладами при захворюваннях органічного генезу та з підвищеною тривожністю, депресивністю при психогенно-невротичних розладах. Наявність коморбідного розладу може суттєво впливати на динаміку психічної діяльності.

Мета: Встановлення взаємозв'язків неспсихотичного психічного розладу з розладами уваги у комбатантів із коморбідною соматичною патологією.

Матеріали та методи: До теперішнього часу було проведено обстеження 79 респондентів, які поступили у клінічні відділення ВОКГВВ та 167 респондентів НДІРІ ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Вивчення уваги проводилося по параметрам стійкості, переключаємості, концентрації, впрацьованості, розумої працездатності, виснажливості за методикою таблиць Шульте.

Обговорення результатів: Найбільш виражені розлади уваги у пацієнтів із різним ураженням ЦНС, а саме: ЧМТ, контузії, струси та забої, крім цього в цю групу включалась і гіпертонічна хвороба. Серед розладів уваги найчастіше спостерігається підвищене відволікання. Хворим важко зосередитися на одному об'єкті або діяльності. Ефективність роботи (ЕР) обчислювалася за формулою, що в більшості випадків складала від 45с. і більше, що вказує на нестійкість уваги. Відволікання хворих було настільки сильне, що вони не могли

зосередитися на запитаннях лікаря, постійно переключаються з однієї думки на іншу. Окрім цього, даний стан спостерігався при підвищеній втомлюваності, загальній слабкості людини, зумовленій виснаженням нервової системи, тривалим і інтенсивним емоційним напруженням, надмірною розумовою працею. Найбільш виражений ступінь відволікання уваги у комбатантів - апрозексія. Це стан різкого ослаблення або повної відсутності здатності зосередити увагу на певному об'єкті. Більш виражені порушення спостерігалися у випадках поєднання органічної патології з розладами психогенно-невротичного генезу.

Висновки: У всіх обстежених хворих були виявлені порушення уваги. Найменш вираженими були при ізольованих розладах психогенно-невротичного регістру, що можна було пояснити підвищеною тривожністю, відволікаємістю пацієнтів та їх фіксацією на своїх переживаннях. Більш виражені зміни до гіпостенії були у випадках органічного ураження ЦНС.

К.М. Семененко, В.О. Савчук, О.М. Савельєва

ДИССОМНІЯ ОРГАНІЧНОГО ТА ПСИХОГЕННО-НЕВРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ У КОМБАТАНТІВ

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: У комбатантів дуже часто зустрічаються дані про розлади сну органічного та психогенно-невротичного генезу.

Мета: Особливості диссомнії у комбатантів.

Матеріали та методи: Було проведено обстеження 65 пацієнтів - комбатантів, які поступили у клінічні відділення (терапевтичні, неврологічні, хірургічне, очне) Вінницького обласного клінічного госпіталю Ветеранів війни. Психопатологічне дослідження включало в себе блок методик: актуального психічного стану, оцінку когнітивних функцій, емоційної стійкості респондентів.

Обговорення результатів: Найпоширенішою скаргою в учасників бойових дій є порушення сну, що проявляється в труднощах із засипанням ввечері, багаторазовими перериваннями сну протягом ночі, відсутності відчуття відпочинку, сонливості і низькою працездатністю протягом дня. Даний стан виявляється порушенням ритму засипання і пробудження, супроводжується якісними порушеннями сну, який стає більш коротким і поверхневим, скорочується тривалість глибокої фази сну, змінюється співвідношення між стадією, що супроводжується сновидіннями, і стадією без сновидінь. У 47 комбатантів спостерігається інтермітуюча диссомнія, яка виникає періодично і у 18 виявлена постійна, яка триває більше трьох тижнів, і має хронічний перебіг. Вона викликана не тільки особливостями способу життя комбатантів, але ще часто на фоні цього є симптомом інших проблем, таких як стрес, тривога, депресія або яке-небудь інше соматичне захворювання, а також при пошкодженнях утворень головного мозку, що регулюють правильне чергування сну і неспання. Безсоння, або неможливість отримати ту кількість сну, яка необхідна була виявлена у всіх респондентів. Відзначалося зниження здатності до концентрації, розподілу та переключення уваги, розумової працездатності, підвищена виснажливості, зниження мнестичної функції, підвищена тривожність, зміни в функціональному стані та наявність нервово-психічних зривів у 57 пацієнтів.

Висновки: При психогенно-невротичному генезі порушення сну виявляються в кошмарних сновидіннях військового характеру, часте прокидання вночі, а при органічному генезі – труднощі засипання, поверхневим сном. Таким чином, проведений аналіз показує, що можливість виникнення і характер хронічного порушення сну, їх частота, вираженість, динаміка залежать від багатьох факторів: характеристики екстремальної ситуації; готовності окремих людей до діяльності в екстремальних умовах, їх психологічної стійкості, вольової і фізичної загартованості, а також схильності до розвитку різної соматичної патології. Інсомнія багатопричинна і завжди є синдромом, «маскою» інших захворювань. Це положення базується на спільності клінічних проявів і неспецифічності змін при диссомнії будь-якого генезу.

Н.О.Ситник, Т.О.Токарський

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ (НА ПРИКЛАДІ ПОПУЛЯЦІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ)

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: На сучасному етапі розвитку суспільства серед загально медичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери, особливо тривожних та депресивних розладів. Вивчення депресивних розладів залишається й до сьогодні одним із найактуальніших напрямків у психіатрії. Це пов'язано, в першу чергу із значною поширеністю депресії в загальній популяції. За даними ВООЗ щороку у світі на клінічно діагностовану депресію хворіють принаймні 200 млн. осіб, і ця цифра постійно зростає. Україна посідає першу сходинку в Європі за кількістю людей, що потерпають від депресії.

Мета: Дослідити соціально-демографічні показники серед хворих з депресивними розладами на прикладі популяції Вінницької області. Оцінити поширеність сомато-вегетативних проявів та іншої патології у структурі сучасних депресій. Визначити вагомість психотравмуючих чинників в анамнезі депресивних хворих.

Матеріали та методи: Нами було вивчено архівні матеріали 36 хворих та обстежено 14 пацієнтів з депресивною симптоматикою різного типу, що перебували на лікуванні у ВОПНЛ ім. акад. О.І. Ющенко. Серед респондентів переважали жінки - 66%. Середній вік обстежених хворих склав 34,3 роки. Дослідження проводилось за допомогою соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів.

Результати: Кількість хворих на біполярний розлад з депресивними симптомами - 5, депресивний епізод - 12, рекурентний депресивний розлад - 31, циклотимію - 2. У 52% хворих виявлено депресії коморбідні з іншою патологією, а саме у 18% - з соматичними захворюваннями, у 14% - стоматологічними, у 12% - неврологічними і у 8% - гінекологічними. Психотравмуючі впливи в анамнезі виявлені в 40% хворих на біполярні розлади, у 44% - на депресивний епізод, у 28% - на рекурентні розлади та у 50% - на циклотимію. В 34% респондентів виявлена спадкова обтяженість психічними розладами. Сомато-вегетативна складова депресій домінувала в 59,5% обстежених, при чому такі прояви частіше були виявлені у хворих на рекурентний депресивний розлад (64%).

Висновки: Сучасні депресивні розлади характеризуються наявністю атипичних форм, характерними рисами яких є поліморфізм, ускладнення симптоматики за рахунок елементів, що стоять поза рамками власне афективних розладів. Депресивні розлади частіше зустрічались в осіб віком від 40 до 50 років. В етіопатогенезі сучасних депресивних розладів важлива роль належить як ендегенним, так й екзогенним (психогенним) чинникам. Останні характеризуються переважанням соціально-психологічних впливів та диференційованим значенням у розвитку різних форм депресивних розладів: від дійсно психогенних – при циклотиміях, до ініціюючих – при біполярних та рекурентних депресіях та супутніх – у хворих на депресивні розлади з або без психотичних розладів.

Т.Ф. Сердюк, Г.Ю. Гагаріна

ТЕОРІЇ РОЗВИТКУ АУТИЗМУ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Я.Ю. Марункевич (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поширеність дитячого аутизму становить 2-4 випадки на 10 тис. дітей і має тенденцію до зростання. Також залишається актуальним питання диференційної діагностики дитячого аутизму з шизофренією та розумовою відсталістю. На сьогоднішній день проводиться багато досліджень присвячених темі аутизму, формулюються нові теорії розвитку, проте єдиного погляду на походження даного розладу немає.

Мета: Дослідити та охарактеризувати провідні теорії щодо етіології розвитку аутизму.

Матеріали та методи: Аналіз, синтез, вивчення та порівняння матеріалів статей фахових вітчизняних та іноземних видань.

Результати: Незважаючи на численні дослідження, точну причину аутизму не вдалося з'ясувати досі. Існують теорії, які розглядають ймовірні причини аутизму: біологічна, генетична, поствакцинальна, обміну речовин, опіюдна, нейрохімічна. Біологічна теорія розглядає аутизм як наслідок ураження головного мозку. Вона прийшла на зміну психогенній теорії, яка стверджувала, що аутизм розвивається внаслідок холодного і ворожого ставлення матері до своєї дитини. Дослідження підтвердили, що мозок дітей, які страждають аутизмом, відрізняється як структурними, так і функціональними особливостями. Згідно генетичної теорії причиною розвитку аутизму є носійство ламкої хромосоми X (генетична аномалія, при якій один з кінців хромосоми звужений). Пов'язано це з експансією деяких одиничних нуклеотидів, що призводить до недостатності білка FMR1, який необхідний для нервової системи, і його дефіцит супроводжується патологіями психічного розвитку. Відповідно до поствакцинальної теорії причиною аутизму є інтоксикація ртуттю, яка входила до складу консервантів для вакцин. Відомо, що полівалентна вакцина від кору, паротиту, краснухи раніше містила сполуку ртуті, що має назву тімеросал. В Японії та США проводилися дослідження з питань взаємодії виникнення аутизму і тімеросалу, в ході яких з'ясувалося, що ніякого зв'язку між ними немає. Проте, Японія відмовилася від застосування цієї сполуки при виготовленні вакцин, що не призвело до зниження частоти захворюваності. Згідно теорії обміну речовин синдром аутизму спостерігається при фенілкетонурії, мукополісахаридозі, гістидинемії та інших захворюваннях. Прихильники опіюдної теорії вважають, що аутизм розвивається внаслідок перевантаження ЦНС опіюдами, які з'являються в організмі дитини в результаті неповного розщеплення глютену і казеїну внаслідок ураження слизової оболонки кишечника. Згідно нейрохімічної теорії, причиною аутизму є гіперактивація дофамінергічної і серотонінергічної систем мозку.

Висновки: Проаналізувавши дані наукових статей, можна зробити висновок, що зараз існує багато теорій щодо розвитку аутизму, а це означає, що до цього часу ще не знайдено остаточної причини захворювання, а отже, існує необхідність подальших досліджень з приводу даної патології.

Т.А. Стаднік, І.І. Габрук
**ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В
ЗИМОВО-ВЕСІННІЙ ПЕРІОД.**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

І.Л. Лук'янович

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В період здобування вищої освіти молода людина продовжує свій особистісний ріст, зіштовхуючись із багатьма проблемами, що потребують внутрішньої самоорганізації, уміння розподілити час і сили в навчальному режимі, стимулюють роботу по виявленню й усвідомленню життєвих цінностей, уточненню перспективних планів. Все це потребує значних фізичних та психічних ресурсів, їх нестача швидко приводить до порушення адаптації та захворювань. Згідно літературних даних, за останні 20 років відбулось збільшення захворюваності серед молоді на 8-10%, в тих що мали хронічні захворювання на 40-50%. Тому є актуальним виявлення факторів ризику, доклінічних ознак порушень і створення програм, для вивчення та збереження здоров'я молоді.

Мета: Дослідити адаптованість до навчання у студентів 4 курсу ВНМУ ім. М.І.Пирогова.

Матеріали та методи: У дослідженні приймало участь 30 студентів 4 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Для дослідження використовували: модифікована методика «таблиці Шульте», методика ШАС, методика Спілбергера в модифікації Ханіна, методика SF-36, методика Роджерса.

Результати: За результатами обстеження за методикою Роджерса виявлено, що для обстежених характерні зниження адаптивності, емоційний дискомфорт, зниження внутрішнього контролю, ескапізм. Всі досліджувані за методикою Спілбергера (середні показники $44,65 \pm 7,2$) виявили високу (55%) і помірну (45%) особистісну тривогу та високу ($44,73 \pm 7,3$) реактивну тривогу. За методикою ШАС (шкала астенизації - середнє значення $40,5 \pm 8,2$) 15% з досліджуваних вказують на наявність легкої астенизації. Результати дослідження уваги за таблицями Шульте вказують, що всі досліджувані виконують завдання у високому темпі, без помилок, проте 55% - з гіперстенічним типом реагування, 44% гіпостенічним. У всіх досліджуваних має місце адаптаційна реакція зі зміщенням півкульової переваги, асиметрія виражена вправо для правшів і вліво для лівшів, яка підтверджує наявність адаптаційного стану. За методикою SF-36 досліджувані демонструють високу фізичну активність (84%), 75% вказують на гарну функціональну здатність, проте низьку емоційну життєздатність 44%, низьку емоційну функціональність 48%, зниження загального функціонування до 62,3%, зниження загального показника позитивних емоційних реакцій до 53,4%.

Висновки: Для студентів 4 курсу ВНМУ ім.М.І.Пирогова характерний підвищений рівень особистісної та реактивної тривоги, зниження рівня емоційної реакції при достатньому рівні фізичної активності та функціонуванні. Має місце адаптаційна реакція і з зміщенням півкульової активності вправо у правшів. У 15% досліджуваних була виявлена слабка астения та переважно гіперстенічний тип реагування при розумовому навантаженні. Отримані результати вказують на наявність стану напруженої адаптації та зниження ресурсних можливостей емоційного реагування, що потребує правильного розподілу режиму праці і відпочинку, оптимізування режим харчування, урізноманітнення відпочинку з позитивними емоційними переживаннями.

О.В. Телегузова

ДІАГНОСТИКА АДАПТАЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ В УЧАСНИКІВ АТО

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

О.Ф. Мруг (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: з 2014 року на сході України відбувається збройний конфлікт, але вплив військових дій на психіку службовців є мало дослідженим.

Мета: дослідити адаптаційну складову учасників АТО.

Матеріали та методи: проведено комплексне двоступеневе дослідження, у якому застосовували анамнестичний, катамнестичний, клініко-психопатологічний та статистичний методи. Було обстежено 150 учасників АТО. Виявлено наступні дані при анкетуванні на предмет усвідомлення та характеру сприйняття факту участі в АТО: перед початком служби на сході 35 % вважали, що служба – це робота, проте через 3 місяці вже 69% службовців вважало, що участь в АТО – це робота, а не поклик душі. Для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) використовували Місісіпську шкалу та шкалу депресій Бека; оцінку продуктивних і вторинних негативних розладів в обстежених хворих проводили за шкалою PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Всіх учасників дослідження обстежували за однаковим набором шкал. Дослідження проводили на базі: Вінницького обласного військового комісаріату, Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім.О.І.Ющенка,Вінницького військово-медичного центру, Київського міського психоневрологічного диспансеру № 2. Всі учасники дослідження надавали усвідомлену інформовану згоду на участь в дослідженні.

Результати: за результатами Місісіпської шкали було отримано наступні дані: від 0-20 балів(низький рівень) – у 3% бійців; 21-40 балів(знижений рівень) – у 4%; 41-60 балів (середній рівень) - у 7%; 61- 80 балів (підвищений рівень) – у 15,3%; 81- 100 балів (високий рівень) –71,3% осіб. У дослідження включали пацієнтів, які відповідали критеріям діагностики ПТСР згідно МКХ-10. У 87% бійців спостерігали підвищений рівень емоційних переживань екстремальних подій і ситуацій: епізоди повторного переживання травми(у вигляді ремінісценцій), виникнення хронічного почуття "заціпеніння" та емоційного притуплення, відчуження від інших людей, ангедонію. За показниками шкали Бека отримано такі результати: відсутність депресії у 2 осіб; легкий ступінь депресії – у 7 осіб; середній ступінь – у 129 осіб ; високий ступінь – у 12 осіб. У 12 бійців встановлено діагноз "дистимія". За показниками шкали оцінки позитивних та негативних синдромів PANSS отримано наступні дані: загальний бал PANSS - 82,2±15,7, позитивна субшкала PANSS - 17,6±5,1, негативна субшкала PANSS - 29,5±4,6, субшкала загальної патології PANSS -39,1±9,4. У 25 бійців встановлено діагноз "гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії" (згідно з МКХ-10).

Висновки: участь у військових діях – це деструктивне соціальне явище. Після повернення зі служби у 87% бійців АТО спостерігали наявність посттравматичного стресового розладу, у 8% - дистимії; у 17% - гострого поліморфного психотичного розладу з симптомами шизофренії.

О.О. Токарчук, К.М. Семененко, М.І. Шулякова, І.В.Куріленко

ЧИННИК КОМОРИДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

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: За даними ООН, в Україні внаслідок проведення АТО вже налічується більше 12 тис. поранених, 33% з яких мають ураження голови (Педанченко Є.Г., 2015). За даними Астапова Ю.Н.(2015), Марути Н.О.(2015) частота ПТСР серед осіб, що перебували під дією екстремальних ситуацій у зоні АТО складає від 10 до 38,8%. Також у них діагностують гостру реакцію на стрес - у 36,6% випадків, розлади адаптації - 29,7%, органічні афективні і тривожні розлади - 1,6%, психотичні розлади - 1,4%. Травми головного і спинного мозку та викликані ними захворювання ЦНС призводять до порушення сприйняття положення тіла в просторі і синтезу довільної рухової відповіді, що призводить до порушення або втрати рухової функції і, відповідно, соціально-побутової дезадаптації пацієнта. Також необхідно враховувати наявність іншої соматичної патології, що може спричинювати органічні зміни в структурах головного мозку (гіпертонічна хвороба чи цукровий діабет), наявність яких може кардинально змінювати підхід до постановки психіатричного діагнозу та відношення до встановлення інвалідності та реабілітації даного хворого.

Мета: Встановити важливість повної діагностики соматичної патології в учасників АТО з метою вірної постановки психіатричного діагнозу по МКХ-10.

Матеріали та методи: Нами було проаналізовано 88 історій хвороб учасників АТО, які проходили стаціонарну медико-соціальну експертизу стану здоров'я і працездатності в НДІРІ ВНМУ ім. М.І.Пирогова.

Результати: Вік хворих – 20-58 років. З них ЗЧМТ в анамнезі – у 23,86%, ЧМТ + ГХ або САГ у 22,73%, тільки ГХ у 17,04%, ГХ+ЦВХ (цереброваскулярна хвороба) у 9,09%, ГХ+ЦД у 3,41%, тільки ЦВХ у 4,55%, нейроінфекція в анамнезі у 1,14%, без органічної патології головного мозку - 18,18%. З них у 17,04% були діагностовані розлади адаптації (F4), при цьому в анамнезі були наявні ЗЧМТ або ГХ, що є помилковим, оскільки для встановлення ПТСР чи гострої реакції на стрес одним з критеріїв є відсутність органічного ураження головного мозку. Таким чином, у проаналізованих хворих виявлено: психічні розлади органічного походження у 73,86% (з них F06.6 –76,92%, F07.2 –16,92%, F06.7 –3,08%, F06.3 – 1,54%, F06.4 -1,54%). Психогенні у 2,27% (F43.22). Внаслідок вживання алкоголю – 1,14% (F10.8). Не виявлено психічних порушень у 13,63%. При ретроспективному аналізі точний діагноз складно було встановити 9,09% хворих.

Висновки: Наявність соматичної патології у бійців АТО є важливим діагностичним критерієм, оскільки при наявності органічного ушкодження головного мозку внаслідок травми чи внаслідок дії підвищеного тиску або метаболічних порушень змінюється підхід до постановки правильного діагнозу по класифікації МКХ-10, а відповідно змінюється підхід до лікування, експертизи та реабілітації даних хворих.

А.Р. Трегубенко

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СТРАХОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Е.А. Зеленская (к.мед.н., ас.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность. Страх – это внутреннее состояние человека, которое обусловлено грозящим реальным или предполагаемым бедствием. Он является сильной отрицательной эмоцией, которая сигнализирует о состоянии

мнимой или действительной опасности и мобилизует защитные силы организма для сохранения его жизни.

Целью данной работы является исследование структуры личностных страхов у студентов.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование с использованием «Опросника иерархической структуры актуальных страхов личности» Ю.Щербатых и Е. Ивлевой. В опросе приняли участие 39 студентов 2-6 курсов медицинских и стоматологического факультетов ХНМУ (12 парней в возрасте от 18 до 24 лет и 27 девушек в возрасте от 19 до 26 лет, что составляет 30,8% и 69,2% соответственно).

Результаты. В ходе исследования было обнаружено, что и у парней, и у девушек повышен средний интегральный показатель страха (97,16 и 9,88 при норме 77,9+-4,7 и 104,0+-2,5 соответственно). Первое место в структуре страхов у студентов занимает страх болезни близких. 28,2% опрошенных указали наивысшую интенсивность эмоций, возникающих при этой мысли (10 баллов из 10). За ним следует страх войны, который отмечают 17,9% респондентов. Третье место среди личностных страхов занимают страх перед экзаменами и страх публичных выступлений. Каждый из них характерен для 12,8% студентов. При дальнейшем анализе данных было выявлено, что у студентов также повышена выраженность отдельных страхов по сравнению со средними показателями интенсивности страхов в аналогичной возрастной группе. Так, увеличены показатели страха ответственности, высоты, самоубийства, а также страх перед экзаменами. Кроме того, у парней повышен уровень страха перед будущим, страха войны и высоты, а для девушек характерно повышения уровня страха перед начальством.

Выводы. Таким образом, интегральные показатели страха у студентов-медиков повышены в сравнении со средними показателями. В связи с этим мы рекомендуем проведение психотерапевтической и психообразовательной работы, направленной на снижение эмоциональной восприимчивости студентов.

Я.Й. Тросцінська

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПОЄДНАНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Кафедра нервових хвороб

В.М. Ольхов (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Поєднана ЧМТ найчастіше зустрічається як різновид політравми, що характеризується високою летальністю, довготривалою втратою працездатності, високим рівнем інвалідності. Наявність позачерепних уражень утруднює оцінку неврологічного статусу пацієнта, а ушкодження головного мозку, що супроводжується порушенням свідомості, затруднює діагностику позачерепних уражень.

Мета дослідження: Аналіз клінічних проявів різних форм ПЧМТ в структурі політравми.

Матеріали та методи дослідження: ПЧМТ проаналізована у 102 пацієнтів, що знаходились у нейрохірургічному відділенні лікарні ім. Ющенка за останнє півріччя 2016 року. При поступленні оцінювали неврологічний статус, виконували краніограми в двох проекціях, спонділограми шийного відділу хребта за показами, МРТ, КТ головного мозку. Найчастішою причиною ПЧМТ виявились автомобільні аварії – 58 (56,8%), кримінальні травми— 17 (16,6%), побутові— 13 (12,8%), кататравма— 8 (7,9%), інші— 6 (5,9%). За видом поєднаної травми пацієнти розділились: поєднана скелетна травма— 44 (43,1%), поєднана з ушкодженням грудної клітки— 16 (15,7%), з ушкодженням органів черевної порожнини— 20 (19,6%), зі спинальною травмою— 8 (7,9%). Здавлення головного мозку гематомами було у 91% пацієнтів: субдуральні— 59 (57,8%), епідуральні — 24 (23,5%), внутрішньомозкові— 19 (18,7%). За характером черепних і позачерепних ушкоджень пацієнти розподілені на 4 групи: 1- важка ЧМТ і важкі позачерепні ушкодження - 35 (34,3%), яскраво виражений синдром взаємного обтяження; 2 — важка ЧМТ і неважкі позачерепні ушкодження— 39 (38,2%); 3 — неважка ЧМТ, важкі позачерепні ушкодження— 18(17,7%); 4 — неважка ЧМТ, неважкі позачерепні ушкодження— 10 (9,8%).

Результати дослідження: Клінічна картина і діагностика ПЧМТ залежить від важкості ЧМТ і важкості позачерепних ушкоджень. В 1 групі типові ознаки шоку маскуються, особливо при важких ушкодженнях з втягненням в процес дієнцезальної ділянки мозку. У більшості пацієнтів відмічали кому різного ступеня, стан важкий або дуже важкий. Перелом черепа у 61,0% паралічі і парези— у 29,0, анізокорія у 8,0%, розбіжна косоокість— у 14,0%. В 2 групі клінічну картину ПЧМТ визначали важкістю ушкодження головного мозку. Менінгеальний симптомокомплекс у 56,0%, пірамідна симптоматика — у 74,0%, моно-геміпарези — у 18,0%, епілептичні напади— у 12,5%, стовбутова та дислокаційна симптоматика — у 14,0%, порушення поведінки та психіки— у 23,0%. В 3 групі клінічну картину визначали позачерепним ушкодженням (помірне оглушення, шоків гіпотензія, дихальна недостатність) В 4 групі-загальнономозкова симптоматика, вегетативний синдром, больовий.

Висновки: Надання спеціалізованої допомоги при ПЧМТ необхідно проводити на базі спеціалізованих відділень і центрів. Результат ПЧМТ залежить від своєчасності та точності діагностики як самої травми черепа так і позачерепних ушкоджень, так як важкі позачерепні ушкодження змінюють клінічну картину ПЧМТ,

утруднюють лікування та погіршують прогноз для майбутнього.

М.І. Шулякова, К.В. Терешко, І.І. Дубінець, К.М. Семененко
АДИКЦІЯ ЯК ПОКАЗНИК НАЯВНОСТІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ
Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти
Н.В. Раціборинська-Полякова (к.мед.н.,доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний госпіталь інвалідів війни
м. Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. Американські дослідники R. B. Lacoursiere, K. E. Godfrey, L. M. Ruby (1980) за результатами обстеження учасників війни у В'єтнамі описали «порочне коло» взаємозв'язків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і алкогольної залежності (АЗ). В структурі ПТСР вони виокремили низку симптомів (хронічна тривога, неспокій, безсоння, страхітливі сновидіння), які пацієнти усували за допомогою прийому алкоголю, що призводило до розвитку в них АЗ, а спроби утримання від алкоголю в цих випадках вели до розвитку атипового ПТСР-подібного абстинентного синдрому, що сприяло його подальшому загостренню та прогресуванню. Кризові ситуації призводять до «спалаху» негативних явищ, в тому числі і зловживання психоактивними речовинами. Підґрунтям цього є бажання постраждалих подолати дистрес за рахунок певної адаптивної (транквілізуючої) дії психоактивних речовин. Особливо це стосується алкоголю, як найпоширенішого та легального «рекреаційного наркотику». Але через певний часна перший план виходять негативні наслідки зловживання алкоголем та формування залежності, що, у свою чергу, стає додатковим фактором дистресу.

Мега дослідження: виявити кореляцію між порушеннями емоційної сфери у комбатантів з розладами адаптації та наявністю у них шкідливих звичок, зокрема вживанням алкоголю.

Матеріали та методи: Нами були проаналізовані дані 78 комбатантів з діагностованими розладами адаптації за результатами соціально-демографічного, клініко-анамнестичного методів, клінічного інтерв'ю та комплексного клініко-психодіагностичного дослідження.

Результати. Аналіз даних показав, що адикції спостерігались у 37,5 % респодентів. При цьому ситуативна тривожність була високого рівня у 38,1% респодентів, помірною – у 40,3%; особистісна тривожність у 59,5% обстежених була високого рівня, у 30,3% - помірною; загальна психічна тривожність була високою у 58,1%, середня у 32,4%; у 37,8 % респодентів було виявлено ситуативну депресію, у 43,3% - предепресивний стан; у 39% обстежених був поганий функціональний стан; висока вірогідність нервово-психічних зривів була у 48% обстеженого контингенту, у 45% - нервово-психічні зриви були вірогідні за умов виникнення екстремальних ситуацій. Практично всі респоденти з проявами тривожності, депресивності, вірогідними нервовопсихічними зривами вказували в анамнезі зловживання алкоголем, паління, або обидві залежності.

Висновки: В ході аналізу результатів досліджень було виявлено, що в респодентів, у яких є адикції спостерігається помірний та високий рівень тривожності та ознаки депресивності, що також корелює з високою вірогідністю нервово-психічних зривів. Таким чином, адикції при розладах адаптації можуть бути певним регресивним механізмом зняття психоемоційного напруження.

М. І. Шулякова, О.О.Токарчук, А. Л. Шаленко, І.В. Куриленко
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО
Н.В. Раціборинська-Полякова (к.мед.н.,доц.)
м. Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. Аналіз даних вітчизняної і зарубіжної літератури щодо впливу стресових факторів на розвиток серцево-судинної патології показав, що хронічне стресове навантаження є одними із основних чинників прогресування найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи – ІХС та АГ. Питання профілактики та лікування хвороб серцево-судинної системи, пов'язаних з негативним впливом стресових факторів є досить актуальними і належать до компетенції різних галузей медицини. Так психічні розлади, пов'язані з органічними uszkodженням, в тому числі і судинними, відносяться до класів F00–F09 «Органічні розлади, включно з симптоматичними, психічними розладами» за МКХ-10.

Мега дослідження: вивчити клініко-психопатологічні особливості респодентів із непсихотичними психічними розладами у осіб, що перебували в екстремальних стресових умовах, з супутньою серцево-судинною

патологією.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 152 пацієнти клінічних відділень НДІРІ ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Комплексне дослідження проводилось за допомогою блоку патофизиологічних методик, соціально-демографічного, клініко-анамнестичного методів та клінічного інтерв'ю.

Результати. Від загального числа обстежених було виявлено 56,5 % осіб з серцево-судинною патологією. Серед них найчастіше зустрічалися ІХС, ГХ, симптоматична артеріальна гіпертензія, СН І ст., а також порушення ритму по типу шлуночкових екстрасистолій. Легке зниження пам'яті спостерігалось у 37,5% респондентів, помірне - у 12,5%, ретенції - легке у 15,6%, помірне - 37,5%, виражене - 3,1%; зниження здатності концентрації, розподілу та переключення уваги визначалось у 56% обстежених, розумова працездатність легкого ступеня зниження виявлена у 46% респондентів, помірного - 4%, вираженого - 3%; лише у 9% обстежених уповільнене мислення; ситуативна тривожність - високого рівня у 28,1%, помірного – у 31,3%, низького – у 40,6%; особистісна тривожність у 62,5% - високого рівня, у 31,3% - помірного, у 6,3% - низького; загальна психічна тривожність - висока у 53,1%, середня у 34,4%, низька – у 12,5; у 20,8 % було виявлено ситуативну депресію, у 43,3% - предепресивний стан; у 23% був поганий функціональний стан, у 69% - задовільний і лише у 15% - гарний; висока вірогідність нервово-психічних зривів була у 46%, у 44% - нервово-психічні зриви були вірогідні за умов виникнення екстремальних ситуацій і лише у 10% нервово-психічні зриви були маловірогідні. Загострення соматичної патології спостерігалось після перебування в екстремальних умовах.

Висновки: Серцево-судинна патологія зустрічається досить часто серед коморбідних патологій при неспсихотичних психічних розладах органічного походження. У більшості респондентів виявлено порушення когнітивних функцій різної вираженості. Практично у всіх виявлена тривожність, вірогідність нервово-психічних зривів корелює з поганим функціональним станом, вираженістю депресії, високими показниками тривожності.

В.О. Щебетенко

НАВЧАЛЬНИЙ СТРЕС ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРЕНІ У СТУДЕНТІВ

Кафедра неврології №1

О.К. Різниченко (к.мед.н., доц.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: мігрень є доволі поширеним та соціально значимим захворюванням. У 2000 році вона була включена до списку захворювань, що мають глобальне значення. Мігрень зустрічається частіше, ніж такі захворювання як цукровий діабет і бронхіальна астма. Приблизно 12 % населення страждає мігренню.

Мета нашої роботи полягає у виявленні відсотку студентів, що страждають мігренозною цефалгією та визначенні основних тригерів, що провокують приступи головного болю та розробка заходів профілактики мігрені.

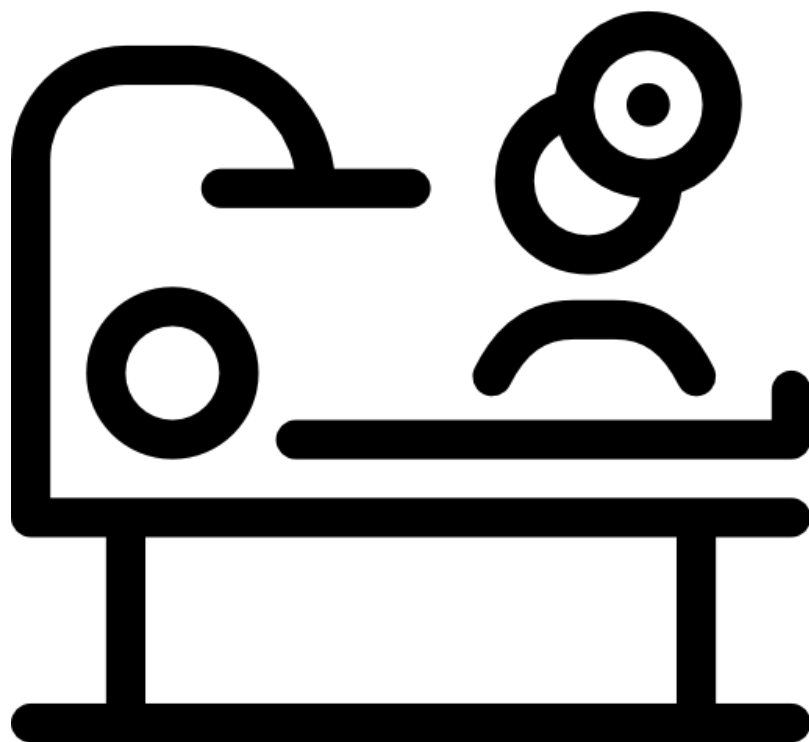
Матеріали та методи: Нами було проведено анкетне опитування 87 студентів 4 курсу ХНМУ за допомогою спеціально розроблених анкет на виявлення ознак мігрені. Анкета для виявлення ознак мігрені спеціально містила велику кількість запитань, що стосувалися сімейного анамнезу, характеру тривалості болю. Важливим було з'ясувати чим супроводжувався больовий напад, як довго він тривав і чим супроводжувався. Велика кількість запитань та деталізація були використані з метою отримання найбільш достовірних даних. Потім статистичним методом було визначено відсоткове відношення отриманих результатів. Після встановлення відсотку студентів з ознаками мігрені, було проведене додаткове анкетування даної групи для виявлення основних тригерів, що викликають напади головного болю.

Результати даного дослідження переконливо свідчать про наявність у 28 опитаних ознак мігрені. Шляхом додаткового анкетування студентів, було виявлено наявність одночасного впливу кількох факторів, один з яких є основним. 28 студентів, тобто усі опитані основним фактором, який провокує головний біль назвали стресове напруження. 14 студентів зазначили, що даний тригер діє самостійно. Решта 14 повідомили, що стрес сполучається з такими тригерами, як невчасне харчування (8 опитаних) або порушення сну (6 опитаних). Ці тригери було визнано додатковими. На підставі отриманих результатів було розроблено спеціальну систему заходів для попередження нападів мігренозної цефалгії

Висновки: Мігрень на сьогодні можна розглядати як хронічне захворювання головного мозку, що призводить до вираженого зниження якості життя пацієнтів і значних економічних втрат. У ході даного дослідження було підтверджено, що мігренозна цефалгія є доволі поширеною серед студентів, також були визначені основні тригери, такі як: стрес, несвоєчасне харчування, порушення режиму сну. Найбільш актуальним фактором є стресова напруженість. Доволі важливим є попередження виникнення приступів головного болю, оскільки лікування даного захворювання є доволі складним і багатоплановим. Саме тому нами було розроблено систему

заходів профілактики мігрені. Для студентів важливе значення має своєчасна підготовка матеріалу, уникнення стресів та конфліктів, пов'язаних з навчанням, правильне, вчасне та вітамінізоване харчування 5 разів на день, а також здоровий сон 7-8 годин.

ХІРУРГІЯ



SURGERY

Kumbula Hove, O.V. Gorovyy, Salim Suleman, A.V. Kyshenko
RESULTS OF RADICAL NEPHRECTOMY FOR RENAL CELL CARCINOMA

Department of Surgery №1, Course of Urology

V.I. Gorovyy (Ph. D., ass.prof.)

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnytsia, Ukraine

Actuality: Radical nephrectomy was introduced by C.J. Robson (1963,1969) and considered as the standard method for surgical treatment renal cell carcinoma with a normal contralateral kidney.

The aim of our study is presentation of our results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma.

Materials and methods: For the last 20 years radical nephrectomy was performed on 190 patients with renal cell carcinoma in department of urology Vinnytsia Regional Clinical Hospital. The age of patients was next: 40 years and less – 22 patients, from 41 to 50 years – 39, from 51 to 60 years – 61, from 61 to 70 years – 64, older 70 years – 4. Tumor of the right kidney was in 108 patients, left in 82. Stage of renal cell carcinoma was estimated according the TNM classification of malignant tumors (2012). Stages of renal cell carcinoma were next: T₁N₀M₀ in 78 patients, T₁N₁M₀ in 2 patients, T₂N₀M₀ in 42 patients, T₂N₁M₀ in 7 patients, T₂N₁M₁ in 2 patients, T₃N₀M₀ in 31 patients, T₃N₁M₀ in 23 patients, T₄N₀M₀ in 1 patient, T₄N₁M₀ in 3 patients, T₄N₁M₁ in 1 patient.

All operations were performed in IX-X intercostals space by toraco-abdominal extrapleural route. Late results and cancerspecific survival rate were estimated by using repeat investigation of patients, policlinic cards of patients and questionnaire.

Results: Separately ligation renal artery at first and then vein was performed in 108 (56,8%) cases, in 82 (43,2%) ligation of renal artery and vein performed in one block because location of tumor in middle segment and near the renal vessels, infiltration of renal hilus. Increased lymphatic nodes were removed in 33 patients, regional lymphadenectomy was performed in 13 patients. In 5 (2,6%) patients during operations were estimated metastases in hepar, 6 (3,2%) – tromb in renal vein, 4 (2,1%) in cava vein. After operations 5 (2,6%) patients were died: from tromboembolic pulmonary artery – 2, acute cardiac insufficiency – 1, acute pancreanecrosis – 1, metastases in adrenal gland – 1. Cancerspecific survival rate of operated patients was analised in 125 cases after 1,3,5 and 10 years after operations: 1 year - T₁ (100%), T₂ (100%), T₃ (85,7%), T₄ (50%); 3 year - T₁ (95%), T₂ (78,9%), T₃ (70,6%), T₄ (0%); 5 year - T₁ (80%), T₂ (66,7%), T₃ (48,1%), T₄ (0%); 10 year - T₁ (68,2%), T₂ (45,4%), T₃ (21,7%), T₄ (0%).

Conclusions: 1. Radical nephrectomy is an effective method of surgical treatment of localized renal cell carcinoma with concerning long-term results. 2. Presens metastases in lymphatic nodes decrease the patients survival rate. 3. Only 50% patients with stage T₄ lived about 1 year, nobody of them did not live more then 3 year. 4. Regional lymphadenectomy must be done not only for establishing stage (N) of carcinoma but also for removing of possible micrometastases.

E. Mindrigan

THE ROLE OF CHONDROITINASE, NEUROTROPHINS, EPHRINES, PURINE NUCLEOTIDES AND CELL ADHESION MOLECULES IN THE TREATMENT OF POST-TRAUMATIC SPINAL CORD INJURIES

Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery

V. Nacu (PhD, MD, MPH, prof.)

State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemițanu”, Laboratory of Tissue Engineering and Cells Cultures

Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. These factors are essential for the successful cell transplantation and bone marrow regeneration.

Objective. Presentation of pro-regenerative factors that, combined with cellular therapy, bring much better results in the regeneration of Spinal Cord Injuries (SCI).

Materials and methods. A study of 45 specialized works that used these factors separately or associated with the stem cell therapy was conducted.

Results. The extracellular space contains the axonal growth-inhibiting glycoproteins, called chondroitin-6 sulfate proteoglycan (CSPG), which prevent axonal guidance and growth. ABC chondroitinase, a bacterial enzyme, breaks up the CSPG, enabling regeneration and improving the locomotor recovery.

There are many neurotrophines knownto stimulate regeneration ofthe Spinal Cord (SC), even in the presence of growth inhibitors. These are the nerve growth factor (NGF), neurotrophine-3 (NT3) and the glial-derived neurotrophic factor (GDNF). The majority of the results underscore the importance of NT-3 in combination with other factors. Fibroblast growth factor (FGF-2 and FGF-1) improves the regeneration. This is done by stimulating endogenous neural stem cells in the SC.

L 1 is of particular interest, being a member of the super-family of IgG cell adhesion molecules that bind the L1 expressed by other growing axons, stimulating the axon growth in clusters, intensifying the fasciculation. The increase in the expression of L1 in the SC stimulates regeneration. Lack of L 1 reduces the fibers' germinating sensor, through semaphorins.

There are several purine nucleotides that stimulate the regeneration of the SC. These include cGMP, Adenosine and

Guanosine analogue AIT. The mechanism is correlated to increased levels of cAMP and other mechanisms described above. Several groups have reported positive effects of Adenosine in the regeneration of the SC.

Ephrines are targeting molecules with the role of telling the axons whether they grew in the correct place in the Central Nervous System. Lesions stimulate certain ephrines, and blocking them stimulates the SC regeneration in mammals. Particularly, the blocking of EphA4 peptide improves the regeneration of the corticospinal tract. Mice with EphA4 deficiency regenerate the axons and produce less astrocytic gliosis.

Conclusions. 1) The study shows the necessity of combined use of the cellular therapies and these factors in order to restore SCI. 2) Also, a long-term sustainable source for these factors is required.

E. Mindrigan

THE ROLE OF DIFFERENT STEM CELL TYPES IN THE TREATMENT OF POST-TRAUMATIC SPINAL CORD INJURIES

Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery, SUMPh "Nicolae Testemițanu",

V. Nacu (MD-PhD, MPH, prof.)

State University of Medicine Pharmacy "Nicolae Testemițanu", Laboratory of Tissue Engineering and Cells Cultures
Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. Over the years of research, multiple cell transplants that substantially improve the recovery after post-traumatic lesions of the Spinal Cord have been described.

Objective. To enlist and represent cell types used in the treatment of Spinal Cord Injuries (SCI) in the course of years, as well as their action and the potential for restoring the SC post-injury.

Materials and methods. A review of 80 specialized works about post-trauma regeneration and recovery of the SC from the last 10 years was conducted.

Results. Olfactory ensheathing glia represents cells from the nasal mucosa migrating from the olfactory bulb to the olfactory nerve, stimulating growth and connection between the olfactory axons. The olfactory nerve is the only nerve in the human body that is continuously regenerated in adults, this ability being due to the presence of OEG cells. They discharge neurotrophins and L1. Their transplantation improves the recovery of the spinal cord and the restoration of the ventral root. Several groups have reported that mononuclear cells from cord blood, particularly the CD34+ cells, stimulate regeneration and improve the recovery of the animals that have suffered damage to the SC. CD34+ cells derived from umbilical cord blood can alleviate spinal cord injuries by stimulating vascular endothelium and other neurotrophic factors. These cells can even myelinate axons. It was recently discovered that cells from the umbilical cord can secrete neurotrophins and that lithium stimulates strong production of neurotrophin in these cells. A study suggests that myeloid cells are essential for the regeneration of peripheral nerves.

Astrocytes. Unlike the astrocytes that react to a lesion by surrounding the hurt region, these astrocytes create a conductive path for axonal growth in the spinal cord. Residential nerve stem cells produce these astrocytes, having beneficial effects on the stem cell transplants in cases of spinal injuries.

Neural stem cells. They can be obtained from embryonic stem cells, abortions or even by autotransplantation from the hippocampus and subventricular zones.

Oligodendroglial progenitor cells. Many groups have transplanted cells (O2A) to the spinal cord and have achieved significant improvements in functions. This happens due to remyelination and axon regeneration.

Conclusions. (1) The study points out transplanted cell types that have proven to have pro-regenerative effects on SCI. (2) Also, it elucidates the mechanisms and potentials of each of them.

O. Nacu, D. Sasu

DEVELOPMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CHRONIC PYELONEPHRITIS

Department of Rheumatology and Nephrology

B.I. Sasu (MD, as. Prof.)

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemițanu"

Chisinau, the Republic of Moldova,

Introduction. Chronic kidney disease is a pathology with a global character and it becomes more common with increasing age. The last few decades there are more evidence of less better results in chronic kidney disease. The treatment of early stages can prevent the progression to advanced stages and earlier complications.

Aim of the study: Analysis of pathologies associated with chronic kidney disease extent in patients with chronic pyelonephritis

Materials and Methods: The study was performed on 50 patients, including 25 women and 25 men, from the department of nephrology one of the hospitals in Chisinau. The age of patients included in study was between 18 and 83 years, the middle age being $56,36 \pm 14,65$ years. Studying the medical history of patients with chronic pyelonephritis that developed chronic kidney disease were selected patients with associated pathologies like diabetes, hypertension and renal anemia, according with chronic kidney disease degree.

Results. Patients were assigned depending on the degree of chronic kidney disease and associated pathologies. During the study and analyze the results we obtained that, patients with chronic kidney disease grade I included 48.6% of

patients suffering from hypertension. In chronic kidney disease grade II, patients with diabetes represent 28.6%, but in chronic kidney disease grade III at 42.9% patients the associated pathology was diabetes. In Chronic kidney disease grade IV and V patients suffering from renal anemia as associated pathology, there was 30% for every degree.

Conclusion. According to the research results it was observed that a larger number of patients with severe chronic kidney disease grade I suffer from hypertension, in chronic kidney disease grade II and III patients of pathologies associated mostly with diabetes, but the highest percentage of patients with kidney anemia was observed in chronic kidney disease grade IV and V

C. Ursoi

STANDARDIZED FOAM FOR SCLEROTHERAPY OF VARICOSE VEINS OF LOWER LIMBS: IS IT BETTER?

Chair of general surgery

V. Culiuc (MD)

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"

Chisinau, Republic of Moldova

Introduction: Nowadays foam sclerotherapy has become a commonly used method for the treatment of varicose veins of lower extremities. It is considered that clinical effectiveness of the method could correlate with stability of the foam, which in its turn depends on many modifiable factors.

Aim: The purpose of our study was to compare the half-life of the sclerosing foam (SF) obtained by using common disposable syringes connected through *three-way* stopcock with that created by using EasyFoam® kit (Kreussler Pharma).

Materials and Methods: An experimental study was performed in laboratory of Chair of general surgery, SUMPh "Nicolae Testemitanu". In addition to EasyFoam® kit which was selected to create standardized foam in accordance with manufacturer's instruction, we appealed to Tessari technique to produce SF. In this way a 3% polidocanol solution taken in one syringe was mixed with the ambient air from another one in a 1:4 ratio, performing 20 back and forth passages. Both siliconized and non-siliconized syringes were successively used. SF was created in the same manner four consecutive times, calculating and then comparing the average value of its half-life. In order to minimize potential error rate the experiment was repeated with syringes or mentioned kit by the same person. The study was accomplished at ambient temperature of 19°C.

Results: By comparing the values obtained when EasyFoam® kit was used with those after using of siliconized syringes it has been observed that SF in the former case had a slightly longer degradation time (half-life): 113.5 ± 2.39 sec vs 104.5 ± 3.3 sec. However, most durable SF was obtained using non-siliconized syringes (half-life = 198 ± 14.3 sec); being significantly more stable compared with that obtained with siliconized syringes ($p < 0.001$), as well as that produced by using the special kit ($p < 0.01$). When comparing between them, the volume of the syringes (5 mL vs 10 mL) used in the experimental study had no significant influence on the half-life of SF. At the same time half-life of SF created using EasyFoam® kit was characterized by a lower variability compared with that obtained with ordinary syringes.

Conclusion: Sustainability of sclerosing foam is greatly influenced by the type of medical syringes. Both, EasyFoam® kit and the use of non-siliconized syringes or of the syringes with a low content of silicon contribute to enhancing foam stability and should be preferred when foam sclerotherapy is chosen in the treatment of patients with chronic venous insufficiency of the lower limbs.

С.Д. Андрушко

ТОНЗИЛЕКТОМІЯ – МОДА ПОВЕРТАЄТЬСЯ? КОМУ І КОЛИ МИ ВИДАЛЯЄМО МИГДАЛИКИ

Кафедра дитячої хірургії та оториноларингології

С.А.Левицька (д.мед.н., проф.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

Актуальність: Тонзилектомія (ТЕ) була й залишається одним з найбільш розповсюджених хірургічних втручань. Проте й досі не можна вважати, що в тонзиллярній хірургії не залишилося невирішених питань.

Мета дослідження полягала в аналізі чинників, що впливають на частоту і популярність ТЕ в Україні та за кордоном.

Проведено аналіз наукових публікацій електронних баз даних PubMed, PMC і даних аналізу роботи оториноларингологічної служби України за 2006-2015 роки.

Перші письмові згадки про видалення піднебінних мигдаликів в Старому Світі належать римлянину Корнеліусу Цельсу (близько 25 р.до н.е.-50 р.н.е.), який рекомендував вишукати мигдалик круговими рухами пальця. Важкі кровотечі, які неминуче супроводжували такі операції, змушували хірургів того часу як звужувати коло показів щодо тонзилектомії, так і виконувати часткове видалення мигдаликів – тонзилотомію.

Подією, яка різко змінила ставлення лікарів і пацієнтів до тонзилектомії і дозволила останній ввійти в перелік найбільш розповсюджених і частих хірургічних втручань, було винайдення гільйотинного ножа.

Результати: Встановлено, покази до ТЕ відображали уявлення людства щодо функції піднебінних мигдаликів. На початку 19-го століття домінувала думка про доцільність профілактичної ТЕ. Справжня епідемія ТЕ панувала в першій половині ХХ століття у Великобританії і призвела до того, що ТЕ склала 75% всіх хірургічних втручань. Зростання частоти ТЕ призвело до створення в Британії Комітету Збільшених Гланд і Аденоїдів, який працював над розробкою показів до ТЕ і показав, що частота ТЕ могла в десятки разів відрізнятись в різних містах.

Вже з другої половини ХХ століття ТЕ втрачає популярність через недостатність обґрунтованих доказів і страх розповсюдження хвороби Креутцфельда-Якобсона. На сучасному етапі ЛОР-лікарі Європи і США керуються показами до ТЕ, сформульованими Paradise, України - Наказом МОЗ №181. В той же час актуальною залишається «думка вулиці»: в 59% випадків причиною звернення є успішність ТЕ, проведеної у родича чи знайомого.

Висновок: За останні 10 років відмічається зростання частоти ТЕ як в цілому по Україні, так і по Чернівецькій області (з 11,2 до 38,1 на 10000), котра випереджає показник США (15,3 на 10000) і наближається до кількості ТЕ Німеччини (48 на 10000) – країни Європи, що займає II місце по кількості ТЕ. В той же час відсутність науково-аргументованих показів до ТЕ, невідповідність діагностичних критеріїв хронічного тонзиліту у вітчизняній та європейській отоларингології залишає багато невирішених і актуальних питань.

В.Р. Артеменко, А.В. Ковтун

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ У ЛІКУВАННІ ЛОР-ХВОРОБ

Кафедра ЛОР-хвороб

В.В.Кіщук (проф., д.м.н.), К.А. Лобко (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Фізіотерапія є одним з ефективних лікувальних і профілактичних напрямків медицини, яка включає в себе безліч розділів, що описують ряд відокремлених або комплексних лікувальних методів, заснованих на використанні того чи іншого фізичного фактора. Фізіотерапія – один із найбільш безпечних методів лікування і застосовується як самостійно, так і в сукупності з іншими засобами. На сьогоднішній день вона безпосередньо пов'язана з фізикою, хімією, електро- і радіотехнікою, біофізикою, біохімією, а також з квантовою фізикою.

Мета: Висвітлити ефективність застосування фізіотерапевтичного методу лікування та визначити його роль у терапії ЛОР-хвороб.

Матеріали та методи: Вивчення, порівняння, класифікація, аналіз та синтез даних наукових та медичних статей, дані фізіотерапевтичного кабінету ЛОР-відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова.

Результати: Можливість і необхідність використання того чи іншого фактора на кожному етапі розвитку патологічного процесу у конкретного хворого визначається вихідним станом організму в цілому. Необхідно враховувати можливості формування біологічних систем захисту організму, компенсацію та локалізацією патологічного процесу з точки зору доцільності призначення виду енергії з урахуванням його специфічної фізико-хімічної дії. Фізіотерапія захворювань ЛОР-органів повинна призначатися беручи до уваги загально-соматичний стан організму пацієнта та локалізацію ЛОР-патологій, наявність або відсутність супутніх захворювань, які можуть бути протипоказом до використання тих чи інших фізіотерапевтичних методів. В даний час в клінічній отоларингології в більшій чи меншій мірі використовуються практично всі відомі фізичні фактори, які, згідно з класифікацією А. П. Обросова, В. Г. Ясногородського, (1976), передбачають 10 груп штучно одержаних і природних фізичних факторів. У комплекс лікувальних заходів включають засоби і методи, що активно впливають на адаптаційні механізми. Перевага віддається: постійному струму, лікарському електрофорезу (лідаза, калій), імпульсному струму, перемінному магнітному полю високої частоти, а також водо- і тепловікуванню. Лише за 2016 рік на базі ЛОР-відділення ВОКЛ фізіотерапія застосовувалася у комплексному лікуванні 1180 стаціонарних та амбулаторних хворих, включаючи людей, яким були призначено дві різнонаправлені процедури. Загалом за рік фізіотерапевтичний кабінет ЛОР-відділення виконав 14969 процедур пацієнтам з патологією вуха, глотки, гортані, носу та приносних порожнин.

Висновки: Фізіотерапевтичні методи дозволили обґрунтувати і широко використовувати природні і преформовані фізичні фактори в лікуванні лор-хворих. Вони здатні впливати на етіопатогенетичні механізми захворювання, функціональний стан, трофіку, нейрогуморальну регуляцію організму. У практиці ЛОР-лікаря використовуються більшість засобів фізичного впливу, завдяки чому підвищується ефективність терапії і прискорюються терміни одужання.

Н.О. Арштува
ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ

Кафедра ЛОР-хвороб
В.В.Кіщук (д.м.н., проф.); К.А.Лобко (к.м.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Вінниця, Україна

Актуальність: За останніми даними гострі та хронічні ларингіти посідають 3 місце серед всіх зареєстрованих випадків запалення верхніх дихальних шляхів по Україні. За даними статистики щорічна захворюваність складає 250-300 випадків на 1000 чоловік. Кожен у своєму житті хоча б раз відчував на собі симптоми ларингіту. У зв'язку зі зниженням опірних можливостей організму та активністю поширення простудних та інфекційних захворювань кількість пацієнтів, яким ставиться діагноз гострий чи хронічний ларингіт невпинно зростає.

Мета: Вивчити поширеність на гострий та хронічний ларингіт у Вінницькій області в залежності від форм захворювання.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел та статистичних даних, даних ларингоскопії.

Результати та обговорення: Ларингіт – запалення слизової оболонки гортані, що пов'язане, як правило, з простудним захворюванням або з інфекційними захворюваннями, шкідливими звичками, захворюванням ШКТ. Розрізняють гострий та хронічний ларингіт. Гострий ларингіт характеризують симптоми у вигляді скарг на осиплість голосу, зміну тембру голосу, прояви кашлю спочатку характеризуються сухістю, згодом процес дещо змінюється, що проявляється у відкашлюванні харкотиння. Розрізняють три форми хронічного ларингіту: катаральну, гіперпластичну і атрофічну. Для постановки діагнозу ретельно збирають анамнез, проводять огляд пацієнта, виконують рентгенографію шиї і грудної клітки, проводять пряму та непряму ларингоскопію, загальний аналіз крові. На базі ЛОР відділення ВОКЛ ім. М.І.Пирогова було проліковано 25 пацієнтів із симптомами гострого та хронічного ларингіту різних форм за 2016 рік. Після ретельної обробки даних, було виявлено, що частіше зустрічається хронічний гіперпластичний ларингіт при якому частота обмеженої форми складає 76 % (а саме 19 пацієнтів за рік), а частота дифузної форми сягає 24 % (6 пацієнтів за рік). До основних видів обмеженого гіперпластичного ларингіту можна віднести: епідермальні вузлики голосових складок, дискератози слизової оболонки гортані, фіброми гортані.

Висновок: Для попередження розвитку хронічного ларингіту потрібно своєчасно лікувати гострий ларингіт, катар верхніх дихальних шляхів, а також попереджувати шкідливості на виробництві, уникати паління та вживання алкоголю. Дана проблема є актуальною, бо хронічний ларингіт є передраковим станом слизової оболонки гортані, тому гіперпластичні форми підлягають оперативному лікуванню, а атрофічні і катаральні – спостереженню в динаміці.

Б.І. Барало

РЕЗУЛЬТАТИ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ (ІСШ).

Курс урології кафедри хірургії №1
С.П. Дмитришин (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Згідно висновків ВООЗ наш світ вступає в епоху, коли антибіотики втрачають ефективність, і звичайні інфекції і незначні травми, які можна було вилікувати протягом багатьох десятиліть, зараз можуть знову вбивати.

Мета роботи: Вивчити регіональну структуру збудників та рівень їх резистентності у пацієнтів із позагоспітальною та госпітальною ІСШ.

Матеріали та методи: У ході роботи проаналізовано результати бактеріологічного дослідження 618 зразків сечі дорослих пацієнтів, які лікувалися з приводу ІСШ амбулаторно та 44 зразків сечі стаціонарних пацієнтів. Ідентифікація мікроорганізмів проведена за біохімічними та культурально-морфологічними властивостями на класичних диференціально-діагностичних середовищах за стандартними методиками. Чутливість збудників до АБ різних груп вивчали диско-дифузійним методом за Bauer-Kirby в бактеріологічному відділі клініко-діагностичної лабораторії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Чутливість виділених мікроорганізмів до антибіотиків вивчали залежно від діаметрів зон затримки росту досліджуваних мікроорганізмів навколо дисків з антибіотиками. Штами відносили до чутливих, помірно стійких або стійких (резистентних).

Результати: Серед стаціонарних хворих у 24 (54,55%) пацієнтів із госпітальною ІСШ було висіяно уропатогени в концентрації $\geq 10^3$ МО. Серед збудників інфекцій домінували представники родини Enterobacteriaceae - 20 (83,33%) – грам(-) E.coli 8 (33,33%) та грам (+) ентерокок – E.faecalis 6 (25,0%). Значно

рідше зустрічалися *E. faecium*, *P. aeruginosa*, *S. Epidermidis*, *S. haemolyticus* (8,33%, 8,33%, 5,0%, 5,0% випадків відповідно).

На основі критеріїв інтерпретації результатів визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків згідно граничних значень діаметрів зон пригнічення росту (мм) стійкість *E.coli* виявила до пеніцилінів – у 35%, цефалоспоринів – 30%, фторхінолонів – 38,2%, ко-тримоксазолу – 25% результатів засівів.

В 50% засівів даний збудник виявився полірезистентним – проявив резистентність до 3 і більше антибіотиків, що могли представляти різні групи антибактеріальних лікарських засобів (захищені пеніциліни, цефалоспорины, фторхінолони, ко-тримоксазол).

Згідно критеріїв виявлення штамів *E.coli*, що можливо продукують бета-лактамази розширеного спектру (БЛРС) проаналізовано пригнічення зони росту мікроорганізму цефотаксимом. Результат виявився позитивним (зони росту ≥ 27 мм) у 62,5% взірців. В цю групу увійшла полірезистентна *E.coli* та *E.coli* помірно стійка до цефалоспоринів другого та третього покоління.

Таким чином, *E.coli* на регіональному рівні проявила себе небезпечним збудником із важко прогнозованою ефективністю антибіотикотерапії в разі емпіричного вибору.

Резистентність ентерококів до антибіотиків теж виявилась високою, так *E.faecalis* виявився стійким до макролідів (33,3%), фторхінолонів (38,8%), гентаміцину (50%), левоміцетину (16,6%).

Ще одним домінуючим збудником урологічних стаціонарів в світі є *P. Aeruginosa*. За наявності лише двох результатів виділення даного збудника ми не можемо стверджувати про репрезентативність даних, хоча, отримані результати засівів на чутливість вимагають пильної уваги до даного патогену. Резистентність *P. Aeruginosa* до цефалоспоринів виявлена у 66,6%, до карбапенему – 50,0%, до аміноглікозидів – 33,3%, до фторхінолонів – 100,0% результатів засівів.

Серед амбулаторних пацієнтів у 295 (47,73%) пацієнтів із позагоспітальною ІСШ було висіяно уропатогени в концентрації $\geq 10^3$ МО. В структурі уропатогенів грам (-) мікроорганізми – 194 (65,76%) результати засівів, переважають над грам (+) мікрофлорою – 101 (32,88%) результат засіву.

Серед збудників інфекцій домінували представники родини Enterobacteriaceae - 239 (81,02%) результатів засівів, зокрема грам(-) *E.coli* у 134 (56,07%), грам (+) *E.faecalis* у 56 (23,43%) взірців.

Рідше зустрічалися коагулазонегативні стафілококи – *S. epidermidis*, *S. haemolyticus* (6,1%, 3,72%), *K. pneumoniae* у 5,42%, *P. aeruginosa* у 4,07% - від загальної кількості отриманих результатів засівів.

Згідно граничних значень діаметрів зон пригнічення росту (мм) до антибіотиків серед грам (-) мікроорганізмів, найбільший відсоток резистентності виявився у *P. aeruginosa*. Також високий рівень резистентності *E.coli* і *K. pneumoniae*, що перевищує 10% утруднює емпіричний підхід до вибору антибіотиків із груп пеніцилінів, цефалоспоринів, хінолонів, аміноглікозидів, також левоміцетину та Ко-тримоксазолу. Для *P. aeruginosa* до цих антибіотиків приєднується група карбапенемів із резистентністю 27,27%.

Висновки: В наш час, коли прогресивно зростає полірезистентність бактерій до антибіотиків, підхід до антибактеріальної терапії має бути раціональним. У всіх хворих з ІСШ повинно проводитись дослідження сечі на флору і визначення її чутливості до антибіотиків. В наших реаліях відсутній препарат або їх комбінація для проведення емпіричної антибактеріальної терапії, тому що згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів, призначення препарату недоцільно при резистентності до нього в популяції більше ніж у 10% - 20% штамів мікроорганізмів.

М.А.Барціховська, В.П. Рауцкіс

КОМПЛЕКСНЕ ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТІВ МІДІ.

Кафедра ЛОР-хвороб

І.В. Дмитренко (доц. к.м.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність. Етіопатогенетично склерома схожа на озену, при якій спостерігається значне зниження заліза в організмі хворих на озену. З літератури відомо, що при склеромі порушені процеси тканинного дихання (Н.П. Степаненко), газообміну (Ш. Ш.Несвіжська, М.В. Столярова, К.П. Дерепя), пригнічується функція кровотворного апарату (С.В.Попова, М.В. Яновська, Н.А. Сахелашвілі). Вказані зміни, на думку приведених авторів, пояснюються хронічною інтоксикацією і кисневим голодуванням організму.

Одним з найважливіших і біологічно активних хімічних елементів в організмі людини являється мідь, що входить в структуру деяких ферментів, пігментів, гормонів, що беруть участь в процесах дихання і проявляють позитивний вплив на гемопоез (Ш.В. Бабаєва, М.Г.Прієв та ін.) Вивчення обміну міді у хворих на склерому представляє собою інтерес з точки зору розширення уявлень про патогенез захворювання і розробки нових методів патогенетичної терапії хвороби.

Мета: дослідити динаміку вмісту міді та церулоплазміну у хворих на склерому при застосуванні в лікуванні сполук що містять мідь.

Матеріали і методи : 1% сульфат міді, який давно застосовується в терапевтичній практиці для лікування анемії, імунодефіцитних станів інше. Мідь визначалася за спектральним аналізом, церулоплазмін – по методиці Г.А. Бабенко (1963). Всього обстежено 47 хворих (19 чоловіків і 28 жінок) у віці від 18 до 65 років. Контролем слугували 20 практично здорових людей, активність церулоплазміну визначалась у 10 осіб – донорів станції переливання крові.

Результати : показники міді вираховані в мг % на золу, активність церулоплазміну – в умовних одиницях. У осіб контрольної групи вміст міді в крові в середньому дорівнював $11.5 \pm 0,45$ мг%, активність церулоплазміну $27,1 \pm 0,66$ умовних одиниць. Вміст міді у крові хворих на склерому при поступленні їх в клініку був значно знижений, і в середньому дорівнював $7,35 \pm 0,35$ мг%, активність церулоплазміну – $13,17 \pm 0,07$ умовних одиниць. Після проведеного комплексного лікування із застосуванням 1% сульфату міді по 15кр 3 р\д per os протягом 14 діб, вміст міді в крові збільшувався в середньому на 2,30 мг%, активність церулоплазміну по суті не мінялася, і дорівнювала в середньому $13,25 \pm 0,09$ одиниць.

Висновки: , в організмі хворих на склерому має місце значне зниження вмісту міді ,що підтверджується паралельним зниженням церулоплазміну. Ці дані дають можливість обгрунтованого застосування мікродоз міді в комплексному лікуванні хворих на склерому та спонукають до пошуку нових патогенетичних засобів терапії даної категорії хворих.

А.М. Бобр, І.А. Дорофєєва

СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ХВОРОБУ КРОНА У ВІННИЦІ ТА ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра хірургії №2

Т.О. Мельник (ас.), В.Ю. Степмен(ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ у Західній Європі та США частота виявлення хвороби Крона (ХК)— 70—100, у Швеції — 6,0, у Данії — 9,5, в Ізраїлі — 6,9 випадків на 100 тис. населення. Більше половини хворих — це особи віком 20—40 років. Постійний інтерес до хірургічного лікування хронічних захворювань кишечника зумовлений зростанням захворюваності на цю патологію у світі. До теперішнього часу немає єдиного погляду на принципи лікування, що вказує на актуальність теми. У клінічній практиці хірургічне втручання у хворих з хворобою Крона зазвичай застосовується при відсутності ефекту від консервативної терапії, у випадках строго локальних уражень, нерідко в поєднанні з ускладненнями (перфорація, непрохідність, свищі і т.д.).

Мета. Вивчити поширеність хвороби Крона у Вінниці та Вінницькій області та результати застосування оперативного лікування при даній патології.

Матеріали та методи. Вивчено медичні карти стаціонарних хворих які приходили лікування у гастроентерологічному відділенні та відділенні абдомінальної хірургії на базі ВОКЛ ім. М. І. Пирогова. Обстежено 38 пацієнтів із діагнозом хвороба Крона віком від 42 до 65 років (середній вік $53,0 \pm 0,8$ роки). Гендерний розподіл пацієнтів складав 11 (28%) жінок та 27 (72%) чоловіків. Діагноз підтверджувався на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження, у тому числі множинної біопсії з послідуочим гістологічним дослідженням. Статистичну обробку матеріалу проводили на базі прикладних програм.

Результати: Основний трійкою симптомів, характерних для хвороби Крона, є: діарея (її хронічний перебіг), біль у правій здухвинній ділянці і втрата ваги. Тривалість лікування складала від 7 до 16 років (в середньому $11,5 \pm 0,5$ роки). Близько 19 (50%) пацієнтів потребують резекції кишки протягом перших 10 років хвороби. Оперетивні втручання проводились з приводу виникнення стриктур 5 (13,1%), кровотеч 10 (26,3%), свищів 2 (5,2%) та нориць 2 (5,2%). У Вінницькій області майже 9 (47,3%) пацієнтів потребували резекції кишки протягом перших 10 років захворювання. У 2 (11,5%) пацієнтів була проведена повторна резекція кишечника протягом 5 років. Більшість пацієнтів мали шкідливі звички (тютюнопаління). Хірургічному рецидиву зазвичай передує клінічний та ендоскопічний рецидив, який, в основному виникає в неотермінальному відділі тонкої кишки у 85% хворих менше ніж через 11 місяців від оперативного втручання.

М.Г. Богачук

ОЦІНКА ІМУННОГО ПРОТИІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН

Кафедра загальної хірургії

М.Д. Желіба (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця, Україна

Актуальність. Упродовж останніх десяти років поширеність цукрового діабету (ЦД) в Україні зростає в 1,5 рази і тепер налічується біля 1 млн хворих з даною патологією. Порушення клітинної та гуморальної ланок імунітету за умов гіперглікемії веде до швидкого розповсюдження бактеріального запалення пропри

відсутності місцевих та системних проявів інфекційного процесу, що призводить до пізнього звертання пацієнтів за медичною допомогою, що призводить до важких ускладнень та високої інвалідизації та смертності цієї категорії хворих.

Мета. Вивчити фактори неспецифічного клітинного імунного протиінфекційного захисту у хворих на ЦД 2 типу з гнійно-запальними ускладненнями м'яких тканин (ГЗУМТ)

Матеріали та методи. Хворі на ЦД 2 типу з гнійно-запальними ускладненнями, які лікувались за традиційною схемою ($n_1=32$); хворі на ЦД 2 типу з ГЗУМТ, в лікуванні яких застосовували системно та локально вітчизняний імуномодулятор мурамілпептидної групи ($n_2=27$); група практично здорових волонтерів ($k=20$). виконані клініко-імунологічні дослідження периферичної крові для вивчення (абсолютна та відносна кількість імунокомпетентних клітин), статистична обробка.

Результати. Отримані результати достовірно засвідчили зміни абсолютної та відносної кількості імунокомпетентних клітин у периферичній крові у I та II групах дослідження хворих з ЦД 2 типу з ГЗУМТ. На початку дослідження в двох основних групах хворих відзначено достовірне зниження відносної кількості лімфоцитів ($16,54\% \pm 1,51\%$ та $18,34\% \pm 1,14\%$ при $28,4\% \pm 2,67\%$ контролю, $p < 0,005$), одночасно в динаміці лікування зростає абсолютна кількість моноцитів ($0,33 \pm 0,019 \times 10^9$ та $0,42 \pm 0,03 \times 10^9$ при контролі $0,16 \pm 0,03$; $p < 0,01$), загальний пул лейкоцитів за рахунок відносної кількості нейтрофільних лейкоцитів ($78,5\% \pm 1,14\%$ та $71,9 \pm 2,8\%$ при контролі $62,6\% \pm 0,87\%$; $p < 0,001$). Також у I та II групах збільшилась відносна кількість поліморфно ядерних лейкоцитів в порівнянні з нормою (п/я $7,9\% \pm 1,2\%$ та $8,6\% \pm 2,1\%$ проти $3,5\% \pm 0,83\%$; $p < 0,05$). Зміни абсолютної та відносної кількості провідних імунокомпетентних клітин у хворих I групи (лікованих без використання імуномодулятора) виявили відносну ефективність традиційних методів лікування ($p < 0,05$). У II групі клінічного дослідження з запропонованою схемою використання системно та локально імуномодулятора спостерігали більш швидке відновлення позитивних змін у відновленні стандартних показників, якими слугували дані III групи дослідження: швидкість абсолютної та відносної кількості нейтрофільних лейкоцитів, лімфоцитів достовірно була вища, ніж в I групі ($p < 0,001$).

Висновки. Використання в комплексній терапії системно та локально вітчизняного імуномодулятора достовірно покращує абсолютний та відносний кількісний стан імунокомпетентних клітин в порівнянні з традиційною схемою лікування, що корелює з клінічними дослідженнями позитивної динаміки загоєння гнійно-запальних процесів м'яких тканин.

Г. Ю. Боханов

АЛЛОПРОТЕЗ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ ТРАХЕЇ ПРИ ПОДОВЖЕНІЙ ЦИРКУЛЯРНІЙ РЕЗЕКЦІЇ

Кафедра хірургії №1

В. Ф. Кривецький (к. мед. н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Оптимальним способом відновлення цілості дихальних шляхів після резекції трахеї є анастомозування «кінець-в-кінець». Однак при видаленні великих фрагментів органу, а особливо – при необхідності корекції рестенозу, виникають труднощі, що можуть бути усунуті шляхом протезування. Разом з тим, питання вибору матеріалу для трахеального протеза залишається невирішеним та актуальним.

Мета: Виготовити оптимальний прототип трахеального протеза із доступних та досліджених матеріалів, що апробовані для клінічного застосування. Дослідити деякі його характеристики, в тому числі – в порівнянні з властивостями протезованого органу.

Матеріали та методи: Лінійний судинний протез діаметром 16 мм, трахеобронхіальний стент “Ultraflex”, шовний матеріал вікрил “Sigma” №3, набір хірургічного інструментарію, індикатор “ІЧ-10 0,01мм часового типу”, набір тягарців. Облікові документи та статистичні показники діяльності відділення торакальної хірургії ВОКЛ ім. Пирогова за 2004-2016р. Застосовано методи наукового предметного моделювання, аналітичного і порівняльного аналізу. Для виготовлення імпланту стент поміщали в просвіт судинного протеза, адаптовували їх діаметри і фіксували один до одного швами. Виготовлений протез використовували для заміщення дефекту ізольованої трахеї свині. Міцність та ригідність цієї структури порівнювали із аналогічними показниками фрагмента свинячої трахеї з накладеним циркулярним трахеально-трахеальним анастомозом. Всі з'єднання виконували вузловими швами «кінець-в-кінець».

Результати: У відділенні торакальної хірургії ВОКЛ ім. Пирогова з 2004 по 2016 роки було проведено 7 циркулярних резекцій трахеї (4 – шийного та 3 – медіастинального відділів), всі - з приводу післятрахеостомічних стенозів. Протяжність резектованого сегмента складала від 2 до 5 кілець. З'єднання кінців при видаленні 4 і більше кілець викликало певні технічні труднощі, хоча спостереження і завершилися одужанням пацієнтів. Доцільність заміщення фрагмента трахеї в таких випадках спонукало до спроби розробки протеза власної конструкції.

Попереднє дослідження виготовленого нами прототипу трахеального протеза показало його перспективність для клінічного застосування. Його окремі властивості (лінійна та поперечна деформація, ригідність стінок) наближені до властивостей живого органу. Виготовлення даної моделі не займає багато часу і не потребує

спеціальної підготовки, що є певною перевагою при підготовці до операції. Адаптація до живих тканин відбувається без особливих труднощів.

Висновки: Виготовлений нами прототип протезу відповідає більшості сучасних вимог і поставленими цілям. В перспективі застосування даної моделі повинно спростити хід операції резекції трахеї з великою протяжністю, запобігти інтраопераційним труднощам (прорізування швів, проблема адаптації та зведення кінців трахеї) та післяопераційним ускладненням.

В.В. Букага

МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ТОНКОЇ КИШКИ ПІСЛЯ ЗМОДЕЛЬОВАНОЇ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

Кафедра загальної хірургії
І.М. Дейкало (д.мед.н., проф.)

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
м. Тернопіль, Україна

Актуальність: Спайкова хвороба очеревини є складною та не вирішеною проблемою абдомінальної хірургії. Розвиток ускладнень та важкість перебігу цієї патології залежить від функціонального стану кишківника.

Мета: Визначити морфологічний стан тонкої кишки після лапаротомії та моделювання спайкової хвороби очеревини в експерименті.

Матеріал та методи: Досліджено 42 лабораторних статевозрілих білих щурів, які були розділені на 2 групи. Перша група – 6 щурів, яким виконували лапаротомію, 2-га – 36 щурів із змодельованою спайковою хворобою. Моделювання спайкового процесу у черевній порожнині здійснювали шляхом пошкодження марлевою серветкою мезотелію серозної оболонки тонкої кишки на протязі 4-5 см до появи "кров'яної роси". На пошкоджену серозну оболонку додатково наносили тальк. Через 4-и, 10 та 30 діб від початку експерименту здійснювали евтаназію дослідних тварин. Після підготовки мікропрепаратів морфометрично вимірювали товщини слизової, м'язової, серозної оболонок та підслизового прошарку, визначали співвідношення між ними.

Результати: На 4-у добу змодельованого патологічного процесу встановлено, що товщина слизової оболонки у даних експериментальних умовах зросла на 12,7 % у порівнянні із контрольною групою, а підслизової основи – на 18,7 %. Збільшилася товщина м'язової оболонки на 8,9 %, а серозної оболонки – на 7,6 %. Морфометричними вимірами виявлено також виражене збільшення ширини та глибини крипт. Так, ширина крипт при цьому зросла на 15,6 %, а глибина – на 23 %. Описані морфометричні зміни оболонок дванадцятипалої кишки можна пояснити їх набряком, який виникає при змодельованій спайковій хворобі.

Морфометричні дослідження показали, що на 10-у добу експерименту зберігалася виражена структурна перебудова дванадцятипалої кишки. Так, товщина слизової оболонки вказаного органа при цьому виявилася збільшеною 8,1 %, а підслизова основа – на 11,3 %. Товщина м'язової оболонки була незначно збільшеною. Виражено зміненими у змодельованих патологічних умовах залишилися ширина та глибина крипт дванадцятипалої кишки.

На 30 день експерименту досліджувані морфометричні параметри стінки дванадцятипалої кишки залишалися ще зміненими. Так, товщина слизової оболонки у даних експериментальних умовах перевищувала аналогічну контрольну величину на 3,4 %, а товщина підслизової основи – на 6,3 %. Товщина м'язової оболонки була збільшеною на 2,8 %, а товщина серозної – на 2,1 %. У змодельованих патологічних умовах зміненими також залишалися ширина та глибина крипт слизової оболонки досліджуваного органа. Так, останній морфометричний параметр на 30-у добу експерименту на 6,3 % перевищував аналогічну контрольну величину, а ширина крипт – на 4,8 %.

Висновки: Таким чином, встановлено, що після лапаротомії із пошкодженням серозної оболонки порожнистих органів черевної порожнини виникають морфологічні зміни стінки тонкої кишки, які можуть стати причиною як розвитку спайок, так і порушують функціональну активність кишківника, що може призвести до розвитку ускладнень.

В.Р. Буратинський.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕМОРОЙ

Кафедра загальної хірургії
Л.Ю. Іващук (к.мед.н., доц.)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Актуальність: Геморой все ще залишається одним з найпоширеніших захворювань людини. За даними ряду авторів захворюваність на геморой становить 130–150 на 1000 осіб дорослого населення, а питома вага в структурі колопроктологічних захворювань коливається від 30 до 40%.

Мета: оцінити ефективність використання методики степлерної гемороїдектомії з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією при хірургічному лікуванні геморою III-IV стадії.

Матеріали та методи: Проаналізовані результати 156 оперативних втручання з використанням методики степлерної гемороїдектомії з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією, які склали основну групу. Усім хворим була виконана степлерна гемороїдектомія з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією – за загальноприйнятими правилами виконували накладання швів на 2 см вище зубчастої лінії в зоні 3, 7, 11 годин умовного циферблату (місце проходження гемороїдальних артерій), після чого додатково формували внутрішній кисетний шов та, зтягуючи шви, підтягували зовнішні гемороїдальні вузли в задній прохід, після чого виконували степлерну слизово-підслизову резекцію з видаленням внутрішніх та зовнішніх гемороїдальних вузлів. При поєднанні геморою з параректальною норицею спершу робили повну фістулектомію з усіма розгалуженнями та висіченням внутрішнього отвору нориці. Внутрішній кисетний шов накладався проксимальніше внутрішнього отвору нориці. Таким чином, при виконанні слизово-підслизової степлерної резекції виконувалося переміщення клаптя слизової з її низведенням і закриванням внутрішнього отвору. При поєднанні з анальною тріщиною зовнішній кисетний шов накладався на край анодерми. Подальша степлерна резекція висікала хронічну тріщину з її краями

Результати: Тривалість операції в групі степлерної гемороїдектомії склала 14+3 хв. у порівнянні з відкритою гемороїдектомією 84 ± 24 хв. Рівень болю за шкалою Вонга-Бейкера в післяопераційному періоді в контрольній групі був значно вищий і склав у середньому 8 бали порівняно з 4 балами у 2-й групі ($p < 0,01$). Наркотичні анальгетики використовувалися лише в групі хворих після відкритої гемороїдектомії – в середньому 2 дози ($p < 0,01$). Післяопераційний ліжко-день в контрольній групі склав $7,2 \pm 2,0$ днів, що значно перевищує показник в порівнянні з основною групою – $2,7 \pm 1,1$.

Висновки: 1. Степлерна гемороїдектомія з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією є надійною альтернативою гемороїдектомії за Міліганом-Морганом або за Фергюсоном і дозволяє статистично достовірно зменшити рівень болю в післяопераційному періоді і скоротити період непрацездатності пацієнтів.

2. Степлерна гемороїдектомія з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією не відрізняється за ефективністю з традиційною гемороїдектомією у віддаленому післяопераційному періоді у пацієнтів з III-IV стадією захворювання.

М.І. Васенко, О.Ковальчук

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО - НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТЕРАПІЇ НЕГАТИВНИМ ТИСКОМ (NPWT) ТА КАПКОРОМ

Кафедра хірургії № 2

О.В.Гончаренко (доц., к.мед.н.) Т.В. Форманчук (доц., к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Особливістю ускладнень при синдромі діабетичної стопи (СДС) є розвиток гнійних ускладнень без класичних ознак запалення. В деяких випадках ставиться питання про виконання високих ампутацій на рівні гомілки або стегна.

Мета: Довести ефективність застосування препарату Капікор у комплексному хірургічному лікуванні хворих СДС ускладненої гнійно - некротичним процесом при застосуванні терапії ран негативним тиском (negative pressure wound therapy - NPWT)

Матеріали і методи: У дослідженні взяли участь 28 хворих на СДС, з них 18 - жінки, чоловіки - 10. Вік від 40 до 70 років. За глибиною ураження згідно з класифікацією Meggit – Wagner хворі розподілились наступним чином: у 8 хворих діагностовано II стадія, у 14 – III стадія, у 6 – IV стадія. Всі хворі мали IV ступінь хронічної артеріальної недостатності за класифікацією Фонтейна – Покровського. Всі хворі були розділені на дві групи: основна група (14 хворих) - основне лікування доповнене застосуванням VAC - терапії та препаратом Капікор; група порівняння - застосовувалось загальноприйняте лікування. Комплексне лікування включало в себе контроль рівня глюкози крові, корекція кетоацидозу, хірургічна обробка ран, іммобілізація кінцівки, застосування апарату для вакуумної терапії ран.

Результати: Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав $25,0 \pm 1,5$ доби в основній групі та $31,0 \pm 1,6$ доби в групі порівняння ($p < 0,05$). Яскраві грануляції в основній групі відзначали на $3,5 \pm 0,4$ добу, у групі порівняння - на $5,4 \pm 0,6$ добу ($p < 0,05$). Рани шириною до 3 см у основній групі зменшувались на 4% за добу, група порівняння до 2% ($p < 0,05$). Строки повного загоєння ран у групі порівняння були в 2 рази довші (від 30 до 122 діб), ніж у пацієнтів основної групи.

Висновки: Запропонований комплексний метод лікування гнійно-некротичних ускладнень у пацієнтів з синдромом діабетичної стопи зменшує площу ранової поверхні в 2 рази швидше порівняно із контрольною групою, термін перебування хворого у стаціонарі скорочується на $5 \pm 1,8$ ліжко – днів, повне загоєння ран відмічено у 94 % пацієнтів основної групи ($p < 0,05$).

Л.С. Васильєва, Т.М.Гомон, О.С.Гончарук, А.В.Вигонюк, Н.М.Гомон

ВИРАЖЕНІСТЬ ТА АДЕКВАТНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ДОРОСЛИХ І ДІТЕЙ

Кафедра хірургії №1, курс анестезіології-реаніматології.

А.І.Тереховський (к.м.н., доц.)

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

Актуальність: Післяопераційне знеболювання стоїть другим в рейтингу кінцевої ефективності оперативного лікування. Вираженість больового синдрому сприяє гіперкатехоламінемії, кортизоловому кризу, порушенню метаболізму, що є основним механізмом формування ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень. Разом з тим в практичній медицині перевагу віддають принципу призначення знеболюючих препаратів лише на етапі вираженої за розгорнутої відповіді організму хворого на хірургічну травму, не звертаючи увагу на формування механізмів больової відповіді. Тому дослідження післяопераційного знеболювання та його адекватної корекції є актуальною проблемою сьогодення.

Мета: Дослідити адекватність корекції післяопераційного синдрому у дорослих і дітей в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи: Проведено дослідження вираженості больового синдрому у 43 дорослих (перша група) та 28 дітей (друга група), які знаходились на хірургічному лікуванні на клінічних базах курсу анестезіології-реаніматології: Вінницька обласна клінічна лікарня ім.М.І.Пирогова, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня. Дослідження вираженості больового синдрому проводили за допомогою візуальних аналогових шкал болю через 6 та 24 години після оперативного втручання. В цей же період досліджувалась динаміка середнього артеріального тиску (САТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) в порівнянні з вихідними доопераційними показниками. Як метаболічні маркери стресу через 6 годин після операції досліджували рівень глюкози в крові та порівнювали з доопераційними показниками.

Результати: Аналіз отриманих результатів показав, що больовий синдром через 6 годин післяопераційного періоду був виявлений у 81% дорослих пацієнтів та 75% пацієнтів дитячого віку. З них у дорослих больовий синдром середньої інтенсивності (більше 3 балів) спостерігався у 58% дорослих і 35% дітей. Через 24 години рівень больового синдрому знизився до 54% у дорослих та 43% дітей. Відсоток хворих з вираженим больовим синдромом у дорослих склав 42%. У обох групах хворих через 6 годин після операції відмічено вірогідне ($p < 0,05$) підвищення САТ та ЧСС в порівнянні з вихідними (передопераційними) показниками. Через 24 години зберігались вірогідно високими показники САТ у дорослих та показники ЧСС у дітей. Слід також відмітити, що в обох групах хворих на 6 годину післяопераційного періоду відмічено вірогідну ($p < 0,05$) динаміку зростання рівню глюкози в крові, хоча рівень її не виходив за верхні граничні норми.

Висновки: Таким чином отримані незадовільні результати традиційного післяопераційного знеболювання у дорослих і дітей, про що свідчить збереження та середня інтенсивність больового синдрому на основі шкал оцінки болю, гіперкінетичний тип гемодинаміки через 6 та 24 години після втручання та вірогідне підвищення рівню стресової глюкози в ранньому післяопераційному періоді. Отримані результати вимагають подальшого дослідження стресової реакції в ранньому післяопераційному періоді та її адекватної корекції.

О.Б. Вишинська, І.Ю. Сірант

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАБАПЕНТИНУ В ЛІКУВАННІ ОКСАЛІПЛАТИН-ІНДУКОВАНОЇ НЕЙРОПАТІЇ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Т. В. Ткачук (ас.)

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

Актуальність: Оксаліплатин є препаратом вибору у пацієнтів із злоякісними пухлинами шлунково-кишкового тракту. Проте, при проведенні хіміотерапії оксаліплатинієм у пацієнтів досить часто зустрічається периферична сенсорна нейропатія, що значно погіршує якість життя.

Мета: Оцінити застосування габапентину в лікуванні оксаліплатин-індукованої нейропатії.

Матеріали та методи: Було обстежено 40 пацієнтів із злоякісними новоутвореннями гастроінтестинального тракту II-IV стадій процесу, які отримували оксаліплатин. За критеріями NCI-CTC у всіх обстежених хворих спостерігались явища нейротоксичності і було виявлено сенсорну нейропатію II-III ступенів. Оксаліплатин безпосередньо вражає нейрони периферичної нервової системи. Габапентин — синтетичний лікарський препарат, який за хімічною структурою є структурним аналогом гамма-аміномасляної кислоти, яка є гальмівним медіатором центральної нервової системи. Габапентин застосовується як препарат першої лінії при невротичному болю різної етіології. Цей препарат володіє анальгезуючим та протисудомним ефектами. Габапентин призначали по 1 капсулі перорально тричі на день із добовою дозою 900 мг. Ефективність препарату оцінювали за зниженням ступеня сенсорної невротії згідно критеріїв NCI-CTC.

Результати: У всіх пацієнтів, які приймали участь у дослідженні спостерігалось значне зменшення парестезій та гіперестезій в дистальних ділянках нижніх та верхніх кінцівок. Із 40 пацієнтів у 16 (40%) нейропатія зменшилась з III до II ступеня, у 9 пацієнтів (22.5%) – з III до I, у 15 пацієнтів (37.5%) – з II до I ступеня.

Висновки: В ході дослідження було виявлено, що габапентин зменшує вираженість симптомів при оксаліплатин-індукованій нейропатії через усунення гіпералгезії та парестезії. Застосування габапентину покращує лікування сенсорної нейропатії та якість життя пацієнтів, які отримують оксаліплатин.

Р.О. Власенко

ЧАСТОТА ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК НИЖНОЇ КІНЦІВКИ У НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ

Кафедра ортопедії і травматології

Н.В. Григорьєва (д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Характеристика чисельності та віко-статевої структури населення Вінницького району в останні роки змінилась у зв'язку із демографічною ситуацією. Аналіз інформаційних ресурсів з проблеми переломів кісток нижньої кінцівки у населення сільської місцевості виявив, що одними із вагомих чинників ризику виникнення вказаної травматологічної патології є вік та стать.

Мета: встановити основні епідеміологічні особливості показників переломів кісток нижньої кінцівки у населення сільської місцевості на прикладі Вінницького району.

Матеріали і методи: в роботі використано матеріали записів журналів роботи травмпунктів Вінницької центральної районної клінічної лікарні, міської лікарні швидкої допомоги, офіційні дані Вінницького обласного медико-статистичного інформаційно-аналітичного центру.

Результати: з'ясовано, що показник наочності частоти переломів кісток нижньої кінцівки у жителів Вінницького району у 2015 році до 2011 р. склав (+) 65,7 %, але значне його зростання – вдвічі (+202,6 %) – відбулося у 2012 р. і становило 208,3±2,4 на 100 тис. населення. Аналіз показника за кожною віковою групою та статтю виявив його зростання у 2015 році до базового 2011 р. на: 40 – 49 р. у жіночої та чоловічої статі – (+) 54,3 % й (+) 80,3 % відповідно, обидві статі – (+) 30,7 %; 50 – 59 р. – (+) 22,9 %, (+) 98,6 %, (+) 49,7 %; 60 р. і старше – (+) 66,0 %, (+) 27,4 %, (+) 53,6 % відповідно. Виявлено значне зростання показника переломів кісток нижньої кінцівки серед чоловічого населення Вінницького району у 2014 році з досягненням найвищих рівнів за весь досліджуваний період: 40 – 49 років – 404,4±4,4; 50 – 59 р. – 327, 4±3,2; 60 років і старше – 150,8±1,1 на 100 тис. населення, що вказує на необхідність глибокого аналізу такого росту та вивчення етіологічних чинників.

Висновки: зі збільшенням віку частота переломів кісток нижньої кінцівки у жителів Вінницького району за досліджуваний п'ятирічний період постійно зростає, особливо серед чоловічого населення у віці 40 – 59 років удвічі і у 1,5 рази – у жінок віком 60 років і старше.

Л.В. Власюк, С.О. Свіденко

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

О.П. Феджага (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Діабетична стопа – сукупність анатомо-фізіологічних змін, які охоплюють всі тканини стопи у хворих на цукровий діабет і маніфестуються у вигляді діабетичної мікро- та макроангіопатії, нейропатії та остеоартропатії. Порушення вуглеводного обміну у 65–82% хворих на цукровий діабет призводить до виникнення діабетичної ангіопатії та нейропатії, з переважною маніфестацією захворювання саме в області стоп, що створює передумови для розвитку гнійно-некротичного процесу. Летальність при виникненні гнійних ускладнень в області нижніх кінцівок у хворих на діабет сягає 22% – 38%, і значно зростає в старшій віковій групі. У 84% – 92% хворих з синдромом діабетичної стопи деструктивний процес первинно локалізується в межах стопи. Але, незважаючи на це, обсяг оперативного втручання, що застосовують для ліквідації гнійного осередку, в 21% – 34% випадках, полягає у високій ампутації кінцівки, причому, в більшості випадків, без достатнього обґрунтування обраного рівня ампутації.

Мета: Оцінити ефективність застосування різних методів лікування діабетичної стопи.

Матеріали та методи: Хірургічне лікування: секвестректомія – за наявності секвестрів на дні виразки; розкриття флегмони (мета – адекватне дренивання); малі ампутації (мета – усунення осередку запального процесу); ампутація за Гаранжо (при руйнуванні кістково-суглобових структур стопи); видалення врослого нігтя.

Результати: Очікуваний результат лікування – досягнення і довготривале утримання компенсації ЦД та загоювання виразки або збереження опорної функції кінцівки. Крім перерахованого, – поліпшення перебігу діабетичної нейропатії та поліпшення гемодинаміки нижніх кінцівок, відновлення працездатності

хворого. Тривалість лікування при I-II ступенях трофічних уражень – від 2 тиж до 1,5 міс у середньому. Якщо у хворого III ступінь виразкових уражень, то від 6 до 12 міс

Висновки: Розвиток новітніх технологій та правильний підхід до вибору методу лікування, забезпечує найвищий ступінь збереження функціональної спроможності стопи у подальшому житті пацієнта.

В.Ю. Войтков, Т.В. Овчарук

ІНТРАМЕДУЛЯРНИЙ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗ ТИТАНОВИМИ ЕЛАСТИЧНИМИ СТРИЖНЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТРУБЧАТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

О.Г. Якименко (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця

Актуальність: На частку переломів у дітей припадає 10-15% всіх пошкоджень. Кісткова система дитини за своїми анатомічними, біомеханічними і фізіологічними характеристиками відрізняється від такої у дорослих. Переломи кісток передпліччя складають 1/3 усіх переломів в дитячому віці, у 75% випадків спостерігають переломи нижньої третини передпліччя. Переломи ключиці становлять близько 15% усіх переломів. Вони обумовлені непрямом травмою у разі падіння на витягнуті руки, лікоть або ділянку плечового суглобу. Не зважаючи на особливості регенераторних можливостей кісток у дітей та наявності зон росту, питання метало остеосинтезу при переломах трубчастих кісток завжди залишалось актуальним, а вибір мініінвазивного та найменш травматичного методу є досі актуальним. **Мета:** Аналіз досвіду застосування титанових еластичних стрижнів у структурі лікування переломів трубчастих кісток.

Матеріали та методи: Дослідження проведене на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Проаналізовано 20 випадків використання даного методу лікування за 2015-2016 роки.

Результати: За результатами дослідження встановлено, що за період 2015-2016 років було проведено 16 оперативних втручань з приводу перелому кісток передпліччя з використанням фіксаторів TitanicElasticNail (TEN) та 4 випадки застосування цього методу при переломах ключиці. У всіх випадках оперативне втручання проводилось під загальним знечуженням. Контроль результату проводився рентгенологічно в динаміці. Консервативна терапія в до- і післяопераційному періоді. Ускладнень не відмічалось ні в одному випадку, репарація структури кісткової тканини задовільна.

Висновки: На основі отриманих результатів, застосований метод остеосинтезу фіксаторами TEN продемонстрував високу ефективність, меншу травматичність, що дозволяє зберегти кровопостачання відламків, можливість провести репозицію фрагментів травмованої кістки особливо точно з мінімальним пошкодженням тканин і меншим ризиком розвитку післяопераційних ускладнень. Все це дозволяє скоротити терміни зрощення переломів і здійснювати тактику ранньої реабілітації пацієнтів, що робить перспективним застосування цього методу у дітей

І.І. Габрук, О.В. Павлік

ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ АВТОМОБІЛЬНИХ ТРАВМ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

О.О. Андрушкова (к.мед.н., доц.)

Кафедра очних хвороб

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Частота дорожньо-транспортного травматизму (ДТТ) складає 10-12 випадків на 10,000 населення від структури загальних травм, має тенденцію до зростання та відзначається особливою важкістю. Трапляються випадки, коли на перший погляд незначним пораненням м'яких тканин обличчя, які не впливають на загальний стан хворого, приділяється недостатня увага, що в подальшому може призвести до важких наслідків.

Мета: Проаналізувати віддалені наслідки автомобільних травм в офтальмології на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи: Збір дослідницького матеріалу, аналіз клінічного випадку.

Результати: В офтальмологічне відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова поступив хворий А., віком 43 р. зі скаргами на випинання стороннього тіла під шкіру верхньої повіки лівого ока і невелику рану шкіри в цій ділянці. З анамнезу відомо, що 17 років тому хворий потрапив в ДТП, наїхавши на торгівельну будку, значна частина якої була скляною. При цьому було розбито лобове скло машини. Потерпілий знаходився на лікуванні в одній з районних лікарень Вінницької області. Після проведеного лікування у відділеннях різного профілю був виписаний з одужанням, без скарг. Через 15 років після травми почав відчувати стороннє тіло у верхній зовнішній ділянці верхньої повіки лівого ока. За медичною допомогою не звертався, поки не з'явилася рана шкіри в ділянці стороннього тіла. Саме ці скарги підштовхнули хворого звернутися за допомогою до ВОКЛ ім. М.І. Пирогова в офтальмологічне відділення. Зовнішній огляд показав наявність рубця на шкірі в ділянці лівої верхньої внутрішньої частини орбіти і брови довжиною до 3 см. В ділянці верхньої зовнішньої частини

верхньої повіки лівого ока під шкірою визначається рухливе стороннє тіло з наявністю кров'янистих виділень в його проекції. Рухливість очного яблука не обмежена, патологічних змін не знайдено. Хворий був направлений на КТ очниць, де було виявлено в м'яких тканих біля очноямкової ділянки попереду від слізної залози наближено до очного яблука тїнь додаткового стороннього тіла з високими денатометричними показниками, неправильної форми з чіткими і рівними контурами, розмірами до 7,5 x 3,6 x 13,3 мм. Після чого хворому була проведена магнітна проба, яка виявилася негативною. Було проведено оперативне лікування, видалення стороннього тіла з м'яких тканих верхньої повіки. Під час операції виявлено, що видалене стороннє тіло (скло) не мало капсули і знаходилося одразу під шкірою.

Висновки: Приведений клінічний випадок показує, що під час автомобільних травм важливо всебічне обстеження хворих з використанням КТ та МРТ для вчасного виявлення можливих амагнітних сторонніх тіл різної локалізації. З приведеного випадку видно, що скляні сторонні тіла можуть тривалий час знаходитися безсимптомно в м'яких тканинах придатків ока. За такий тривалий час вони не інкапсулюються, проте небезпека їх полягає в тому, що вони можуть призвести до травмування фіброзної оболонки ока. Прогноз для зору та життя в даного пацієнта сприятливий.

Д.О.Гаврилюк

ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кафедра дитячої хірургії

В.А.Навроцький (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Питання патогенезу, діагностики та лікування дисбактеріозу, що виникає у дітей з хірургічною патологією вивчено недостатньо. Корекція порушень кишкового мікробіоценозу - є важливим етапом в лікуванні хірургічної патології в цілому, а також в загальному одужанні організму дитини.

Мета: Визначити частоту виникнення порушень мікробіоценозу кишечника у дітей раннього віку з гнійно-запальними захворюваннями, встановити взаємозв'язок між цими патологіями. Розглянути та проаналізувати методи корекції даного стану.

Матеріали та методи: Досліджено 26 дітей з гнійно-запальними захворюваннями, у 4 з яких була некротична флегмона новонароджених, 8 дітей мали гострий гематогенний остеомієліт, у 11 - гнійно-запальні захворювання м'яких тканин, у 3 - бактеріальна деструкція легень. За віком хворі поділялись таким чином: новонароджених - 6, до року - 18, старше року - 2.

Для своєчасного виявлення дисбактеріозу проводилось мікробіологічне дослідження виділень з зіву, кишечника. В якості контролю проведено мікробіологічне дослідження 28 практично здорових дітей того ж віку, що раніше не отримували антибіотиків. Виявлення та ідентифікацію мікрофлори виконували за методикою Епштейн-Литвак, Вільшанської, визначаючи якісний та кількісний склад мікрофлори кишечника. Чутливість мікрофлори до антибіотиків визначали за допомогою індикаторних дисків.

Результати: Мікробіологічне дослідження фекалій дозволило визначити у хворих дітей зміни якісного та кількісного складу кишкової мікрофлори, появу патогенних мікроорганізмів. Лактозонегативні ешерихії виявлені у 53,2% хворих, ентерококи - у 26,6%, стафілококи - у 11,4%, гриби роду *Candida* - у 7,7%. Відмічено значне зменшення кількості біфідобактерій (79,8%), що говорить про розвиток дисбактеріозу.

При бактеріологічному дослідженні виділень з зіву у хворих виявлені у великій кількості кишкові палички (57%), стафілококи (68,4%), в тому числі й гемолітичні форми (48%), стрептококи (7,6%), гриби роду *Candida* (26,6%).

Згідно класифікації В.Н.Красноголовець, у хворих, що були спостережені виявлено компенсований (5), субкомпенсований (5) та декомпенсований (3) дисбактеріоз. Відмічено, що при субкомпенсованому та декомпенсованому дисбактеріозі основне захворювання протікало важче і триваліше.

Серед багатьох існуючих способів нормалізації мікробіоценозу кишечника було запропоновано проведення спрямованої мікробної колонізації кишечника за допомогою живих біфідобактерій, молочнокислих бактерій, що містяться у різних біопрепаратах.

Висновки: Дисбактеріоз є важким ускладненням гнійно-запальних захворювань у дітей раннього віку, що спостерігається у 88,4% випадків. Успішна боротьба з цим ускладненням повинна базуватись на своєчасній діагностиці. Заходи на попередження та лікування дисбактеріозу повинні бути направлені на підвищення резистентності організму та відновлення нормальної мікрофлори.

Г.Ю. Гагаріна, Т.Ф. Сердюк
ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ НЕЙРОСЕНСОРНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ

Кафедра ЛОР-хвороб
В.В. Кіщук (проф., д.м.д.), К.А. Лобко (доц., к.м.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На даний момент проведено багато досліджень щодо вивчення етіологічних факторів розвитку нейросенсорної приглухуватості, таких як: гострі інфекційні захворювання, в тому числі – внутрішньоутробні, розсіяний склероз, ототоксична дія лікарських засобів, ЧМТ та інші. Але зараз набуває поширеності вивчення генетичного механізму виникнення цього захворювання, що може призвести до розвитку нових, більш ефективних методів лікування втрати слуху.

Мета: Дослідити та охарактеризувати проведенні дослідження щодо успадкування нейросенсорної приглухуватості та визначити їх роль в розвитку нових методів лікування.

Матеріали та методи: Аналіз, синтез, вивчення та порівняння матеріалів статей медичних наукових журналів.

Результати: Групою вчених Університету Кобе (Японія) за допомогою досліджень на трансгенних мишах було ідентифіковано ген, який відповідає за нейросенсорну приглухуватість. Згідно статистичним даним, серед дітей ця патологія зустрічається в одному випадку на тисячу і є найбільш поширеним типом (44,55%) порушень слуху, а найбільше число хворих знаходиться у віковій групі 31-40 років (23,87%). Незважаючи на це, лікування даного захворювання не добилось значного прогресу і в даний час є комплексним. Це відбувається тому, що внутрішнє вухо являє собою складний сенсорний орган, який важко досліджувати поза живим організмом. У попередніх дослідженнях було виявлено близько 100 генів, які впливають на розвиток нейросенсорної приглухуватості, але остаточно не з'ясовано, які саме мутації та яким чином до цього призводять. Під час останнього дослідження було виявлено ген DFNA1, який призводить до аутосомно-домінантної несиндромальної нейросенсорної приглухуватості. Серед 1120 пацієнтів у двох було виявлено нову мутацію в генетичному складі молекули dial (DIAPH1), яка бере участь в подовженні ниток актину, що грає важливу роль у формуванні та підтримці волоскових клітин внутрішнього вуха. Після проведених на молекулярному рівні аналізів було доведено, що dial подовжує актинові філаменти навіть без зовнішньої стимуляції. Крім того, група дослідників мутантного білка (dial) на трансгенних мишах заявила, що «прогресивна глухота починається з високих частот у молодому віці і з часом просувається до низьких, поки не будуть охоплені всі частоти».

Висновки: Приблизно одна третина генів, що причетні до розвитку нейросенсорної приглухуватості, пов'язані з кодуванням структури та функцій актину. Це означає, що близько третини випадків нейросенсорної втрати слуху пов'язані саме з ним. За допомогою моделі трансгенної миші (дослідити мутації, які трансформують функції актину в межах волоскових клітин внутрішнього вуха) вчені могли б потенційно розробити новий метод лікування спадкової нейросенсорної приглухуватості.

Е.Ю. Галашко, М.С. Коршунова
АНАТОМИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ЖЕНЩИН К РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТАМ

Кафедра урологии, нефрологии и андрологии
С.В. Андреев (к.мед.н., асс.)
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Актуальность. На сегодняшний день, несмотря на всестороннюю разработку вопросов этиологии, патогенеза и оказания эффективной медицинской помощи при циститах у молодых женщин, успехи в лечении их рецидивирующих форм не столь очевидны. Выявление анатомической предрасположенности у пациенток с рецидивирующими циститами (РЦ) позволит более правильно подобрать тактику лечения данного заболевания.

Цель. Выявить отличия расположения наружного отверстия уретры относительно преддверия влагалища с целью диагностики анатомической предрасположенности к рецидивирующему циститу.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 318 пациенток репродуктивного возраста (18-45 лет), страдающих РЦ и 293 здоровых женщин (не страдающих РЦ) аналогичного возраста.

Результаты. В результате установлено, что на частоту РЦ влияют особенности топологии наружного отверстия уретры по отношению к входу во влагалище. При близком их расположении имеется высокая вероятность интраконтального попадания микрофлоры из влагалища в просвет уретры. Для скрининга анатомической предрасположенности к РЦ проанализированы результаты измерений уретро-клиторального промежутка. Выявлено наличие достоверных различий величины уретро-клиторального промежутка (УКП) у здоровых женщин и больных РЦ. Для пациенток с РЦ оказалась типичной величина УКП более 3,7 см, а для здоровых женщин – 2,7 см и менее. Средний возраст здоровых женщин $24,5 \pm 4,9$ (Me 24), с РЦ – $25,4 \pm 5,3$ (Me 25). Средние показатели при исследовании уретро-клиторального промежутка составили – $3,77 \pm 0,53$ (Me 3,7) против $2,73 \pm 0,53$ см (Me 2,7) среди пациенток с РЦ и здоровых женщин соответственно ($p < 0,05$).

Заключення. Измерение величины УКП – простой диагностический прием, обладающий достаточной степенью информативности, который может быть использован в качестве дополнительного критерия анатомической предрасположенности женщины к развитию РЦ, особенно, в сомнительных ситуациях, когда медикаментозное лечение не эффективно. Для пациенток с РЦ типична величина УКП более 3 см, а для здоровых женщин – менее 2,9 ($\chi^2=403,84$; $p<0,001$).

При отсутствии клинических проявлений у женщин с рецидивирующим циститом, любые анатомические конфигурации преддверия влагалища, являются индивидуальными особенностями, которые могут остаться незамеченными или проявить себя в течение жизни.

С.В. Гаць, М.М. Романюк, О.П. Москалюк

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ

Кафедра хірургії № 2

І.В. Шкварковський (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Щорічно в Європі виконується більше мільйона операцій при пахвинних грижах, при яких більше 2/3 – з використанням сітчастих імплантатів. Більшість досліджень у герніології присвячене вивченню надійності того або іншого способу операції. Однак, деякими дослідниками встановлено, що в 45-59% випадків пахвинна алогерніопластика призводить до достовірного зниження сперматогенної і гормональної функцій яєчка.

Мета статті. Дослідити гістологічні зміни структур сім'яного канатика при контакті із сітчастим імплантатом та обґрунтувати метод пахвинної алогерніопластики.

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження проведено на 66 статевозрілих самцях кролів віком від 90 до 120 днів, масою 3,2-4,5 кг, без видимих ознак захворювань. Усіх тварин утримували з вільним доступом до води та їжі. Під тіопенталовим наркозом розрізом до 3 см довжиною перпендикулярно до середньої лінії розсікали шкіру та підшкірно жирову клітковину в пахвинній ділянці на 2 см краніальніше від входу в мошонку. Розсікали парієтальну пластину піхвової оболонки. Після цього з допомогою затискача Більрота з м'яких тканин виділяли сім'яний канатик на відстані 1 см. В експерименті використовували поліпропіленовий імплантат фірми «Ethicon» розмірами 1,0x1,0 см. Залежно від методу фіксації сітчастого імплантата експериментальні тварини поділені на 2 групи, по 28 тварин в кожній групі. В контрольній групі сітчастий імплантат фіксували до тканин пахвинної ділянки окремими вузловими швами з допомогою проленових лігатур 3-0, досягаючи прямого контакту сім'яного канатика з імплантатом. В основній групі імплантат відмежовували від сім'яного канатика з допомогою поверхневої фасції. Тварини виводились з експерименту на 7, 21, 42 та 90 добу після операційного втручання для забору матеріалу.

Результати: В контрольованій групі на 7 добу спостереження значних патологічних змін не виявлено. На 21 добу відзначається виражена деформація й нерівномірне потовщення епітелію та його злучення, в стінці виявлялись дрібно вогнищеві діapedезні крововиливи. Виявлено вогнищеве розростання сполучної тканини на 42 добу, а на 90 добу – дифузне розростання, зменшується діаметр сім'яиносної протоки. Спостерігається розширення вен сім'яного канатика внаслідок порушення венозного відтоку.

В основній групі: на 21 добу експерименту виявляється незначне потовщення епітелію сім'яиносної протоки. Деяке потовщення сполучнотканинної пластини спостерігається і на 42 добу експерименту, а на 90 добу спостереження показники наближаються до норми. Нормалізація кровообігу була відмічена вже в ранні терміни спостереження – венозного застою не виявлено.

Висновки: Отже, проведене дослідження доводить наявність змін в стінці сім'яиносної протоки у вигляді прогресивного потовщення її стінки, що в остаточному підсумку може привести до обструктивного безпліддя. Проте, при розмежуванні сім'яного канатика й полімерного імплантата зміни репродуктивних органів мають не настільки глибокий, повністю зворотний характер.

М.М. Горинчин, О.П. Москалюк

ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЕНДОБІЛІАРНИХ ОПЕРАЦІЙ НА БУКОВИНІ

Кафедра хірургії № 2

І.В. Шкварковський (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: протягом останніх 5 років рівень захворюваності біліарної системи жителів Чернівецької області підвищився. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія є основою ендобіліарних втручань. Це малоінвазивний та відносно швидкий метод діагностики та лікування хворих із захворюваннями органів гепатопанкреатобіліарної ділянки.

Мета: проаналізувати виконання ендобіліарних втручань хворим на механічну жовтяницю (МЖ) на Буковині, вивчити етіологію, перебіг захворювання та можливості малоінвазивного лікування.

Матеріали та методи: дослідження проводились на базі лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Операції проводяться за допомогою відеоендоскопічного комплексу Evis Exera II 180 («Olympus», Японія) під контролем рентгенівського апарату Siremobil 2000 («Siemens», Німеччина). За час функціонування центру ендоскопічної хірургії на Буковині виконано 139 ендоскопічних втручань хворим з механічною жовтяницею різного генезу. Середній вік пацієнтів становив $65,5 \pm 18,01$ років.

Результати: причинами розвитку біліарних захворювань були: жовчнокам'яна хвороба ускладнена холедохолітіазом, – 65,8 %, пухлина підшлункової залози і дистального відділу холедоха – 25,7 %, рак проксимального відділу холедоха (пухлина Клацкіна) – 8,5%. У 37,2% хворих виявлено стенозуючий папіліт великого дуоденального сосочка, причому в 31,5% випадків із холедохолітіазом, а в 5,7% на фоні пухлини жовчних шляхів. У 14,3% хворих із холедохолітіазом та стенозуючим папілітом виявлено парапапілярний дивертикул дванадцятипалої кишки різних розмірів.

Хворим виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію та ендоскопічну папілосфінктеротомію. При потребі виконували балонну дилатацію термінального відділу холедоха. У хворих на холедохолітіаз проводили літоекстракцію за допомогою балонного літоекстрактора – 48,6% пацієнтів, що, на нашу думку, є більш ефективним за умови наявності конкрементів до 7 мм, а при виконанні балонної дилатації може бути використано і при більшому розмірі конкрементів, або кошика Дорміа – 17,2% випадків.

У хворих з пухлинами підшлункової залози та жовчовивідних шляхів виконували ендодренування холедоха поліпропіленовими стентами діаметром від 8,5 до 10 Fr довжиною від 5 до 13 см. Середня тривалість проведеної операції становила $51,9 \pm 37,57$ хв. Середній рівень білірубіну сироватки крові до операції складав $118,6 \pm 23,46$ мкмоль/л. Падіння даного показника виявлено в усіх хворих після проведеного втручання. На 2 добу після операції рівень білірубіну сироватки крові становив $61,2 \pm 16,38$ мкмоль/л.

Висновок: Ендобіліарні втручання є високоефективними діагностично-лікувальними методами, які не потребують застосування наркозу, не спричиняють значної операційної травми, що дозволяє уникнути виконання відкритих операцій та покращити безпосередні й віддалені результати лікування хворих на МЖ.

Д.І. Гребенюк, В.С. Собко, Я.В. Радьога

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

В.В. Петрушенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пацієнти з виразковими кровотечами (ВК) займають 3 місце в структурі патологій комплексу «гострого живота». У структурі кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, ВК складають 46–61%. Крім того, ВК складають 18–23% серед усієї ургентної патології органів черевної порожнини.

Мета: Встановити фактори ризику розвитку рецидиву ВК у обстежуваному контингенті.

Матеріали та методи: У дослідження було включено 204 пацієнти, що страждали на гастродуоденальні кровотечі виразкового генезу. Середній вік обстежуваного контингенту складав $56,6 \pm 17$ років. Локалізація у дванадцятипалій кишці мала місце у 127 (62,3%), у шлунку – у 68 (33,3%) випадках, гастроюнальна виразка була діагностована у 9 (4,4%) пацієнтів.

Всім пацієнтам, що надходили до стаціонару виконувалося повне клініко-лабораторне обстеження із обов'язковою езофагогастродуоденоскопією.

Всім пацієнтам призначалася гемостатична та антисекреторна медикаментозна терапія, на тлі якої частині пацієнтів виконувався ендоскопічний гемостаз, а при неможливості його виконання – оперативне лікування.

Результати: У обстежуваному контингенті рецидиви кровотечі мали місце в 24 (11,8%) випадках.

Жодних залежностей частоти рецидивів від гендерної належності, тривалості виразкового анамнезу, ступеня важкості крововтрати виявлено не було ($p > 0,05$).

Після об'єднання невеликих ($n=3$ (12,5%)) та середніх ($n=9$ (37,5%)) виразок у групу 1, а великих ($n=10$ (41,7%)) та гігантських ($n=2$ (8,3%)) у групу 2 виявилось, що кількість рецидивів були однаковою в обох групах і становила 12 (50%). Проте, загальна кількість пацієнтів, що мали виразковий дефект з розмірами менше 2 см складала 150 (73,5%) проти 54 (26,5%) пацієнтів із виразковими дефектами з розмірами більше 2 см. При порівнянні частоти рецидивів у обох групах, виявилось, що частота рецидивів у групі 1 достовірно менша за частоту рецидивів у групі 2 ($p < 0,01$). Це означає, що розмір виразкового дефекту більше 2 см достовірно підвищує частоту рецидивування ВК.

Геморагічний шок мав місце у 48 (23,5%). При цьому рецидив ВК був у 11 (22,9%) пацієнтів із геморагічним шоком. Натомість серед 156 пацієнтів без ознак геморагічного шоку рецидив ВК мав місце у 13 (7,05%) випадках. При статистичному порівнянні виявилось, що у пацієнтів із геморагічним шоком рецидив кровотечі виникав достовірно частіше ($p < 0,05$).

У обстежуваному контингенті при ступені кровотечі Forrest II ризик розвитку рецидиву ВК був більший, ніж при Forrest I ($p < 0,01$). Такий результат не збігається із літературними даними, і, на нашу думку, є умовно

хибним, в зв'язку зі спотворенням загальної картини через велику кількість виконаного ендоскопічного гемостазу та оперативних втручань саме у пацієнтів із активною кровотечею Forrest I.

Висновки: Факторами ризику розвитку рецидиву ВК згідно результатів нашого дослідження є розмір виразкового дефекту більше 2 см, нафвність геморагічного шоку на момент поступлення, а також ступінь активності кровотечі Forrest II, при умові відсутності корекції гемостазу у таких хворих ендоскопічним та/або хірургічним шляхом.

В.В. Гринчишин

КОНЦЕПЦІЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТІ У ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Кафедра хірургії №1, курс анестезіології- реаніматології

П.П. Слободян (к.м.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Одним із головних питань, що залишається в центрі уваги сучасної анестезіології є проблеми захисту хворих від операційної травми та адекватності аналгезії, зокрема післяопераційної. Надмірна стресова реакція, що виникає ще на доопераційному періоді призводить до високого рівня нейроендокринної напруженості. Тому вивчення операційної стрес-відповіді організму на больовий синдром, його оцінка є пріоритетними у виборі адекватного методу знеболення в післяопераційному періоді.

Мета: На основі даних сучасної літератури, наукових статей вивчити сучасне поняття про операційну стрес-відповідь організму на больовий синдром та його методи оцінки, а також проаналізувати методи післяопераційного знеболення.

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури та останніх статистичних даних (результати проведених ретроспективних клінічних досліджень на базі ВОКЛ ім. М.І.Пирогова).

Результати: Синдром болю - системний патологічний процес, що включає місцеву реакцію на ураження, передачу та сприйняття больового імпульсу, його психоемоційну оцінку і відповідну вегетативну та поведінкову реакцію організму. На сучасному етапі важливо адекватно оцінити вираженість больового синдрому з метою подальшого комплексного підходу до післяопераційного знеболення. Найчастіше в практиці лікарі використовують візуальну аналогову шкалу, що оцінює лише суб'єктивне відчуття хворого. ANI (AnalgesiaNociceptionIndex) моніторинг - інноваційний метод оцінки вираженості больового синдрому та ефективності знеболення. Перевагами даного методу є: неінвазивність, швидка оцінка і тривалий моніторинг ноцицепції в реальному часі, простота використання й інтерпритації даних, точність і об'єктивність, можливе використання у всіх вікових груп як інтраопераційно, так і в післяопераційному періоді, дає можливість корекції дози лікарських препаратів, може проводитись для оцінки якості знеболення під дією будь якого із компонентів мультимодальної аналгезії.

Висновки: Отже, завдання сучасної анестезії – концепція багатокомпонентності: забезпечення психічного (емоційного) спокою хворого, запобігання супутніх болю емоційних реакцій, усунення перцептуального компонента болю, зниження до безпечного (нестрессового) рівня інтенсивності ноцицептивного потоку з операційної рани на всьому шляху його проходження (від периферичних рецепторів до центральних структур мозку), попередження небажаних патологічних рефлексів і надмірного напруження діяльності функціональних систем, підтримка і, при необхідності, корекція діяльності систем життєзабезпечення.

В.І.Груба, Г.В.Лавринів, О.С.Гузенко, М.В. Рибінський

ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ ЯК УДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ У ЛІКУВАННІ ГОНАРТРОЗУ

Кафедра травматології та ортопедії

О.В.Фіщенко (ас.)

Вінницький національний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність теми: Остеоартроз є захворюванням синовіальних суглобів людини з високим відсотком передчасного обмеження робочої здатності та значним погіршенням якості життя людини. Остеоартроз колінних суглобів – поширене захворювання, патогенетичною основою якого є порушення сполучно-тканинного метаболізму з переважною клінічною маніфестацією процесу, що проявляється деградацією суглобового хряща. Сучасні уявлення про етіопатогенез, клініку та прогнозування, оцінку ризику гонартрозу базуються на вивченні даних клініко-інструментальних проявів захворювання, яке може розвинути навіть у підлітків, у яких виявлено зміни в метаболізмі сполучної тканини.

Мета: Оцінити безпечність та дати клінічну оцінку локального застосування збагаченої тромбоцитами плазми при остеоартрозі колінних суглобів.

Матеріали та методи: На етапах клінічного моніторингу задіяно 32 пацієнта, з остеоартрозом колінних суглобів на початкових стадіях захворювання, включаючи 19 жіночої статі та 13 чоловічої статі. Лікування пацієнтів передбачало використання двох терапевтичних програм; зокрема стандартна терапевтична програма базувалась на виконанні лікувальних заходів у відповідності до клінічного протоколу, була застосована серед 10 жінок та 6 чоловіків. Удосконалена терапевтична програма відрізнялась від стандартної проведенням диференційованого лікування з використанням аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП). Удосконалена програма застосовувалась у 9 жінок та 7 чоловіків. На етапах клінічного моніторингу перед і після лікування, було виконано динамічну оцінку результатів клінічних досліджень включаючи стандартизований опитувальник «WOMAC».

Результати дослідження: Перш за все були відсутні будь-які локальні та загальні ускладнення після застосування аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми, як удосконалення терапевтичної програми лікування гонартрозу. У хворих з гонартрозом внутрішньо-суглобове введення аутологічної плазми крові призводило до значного зменшення вираженості суглобових болей, які оцінювалися по шкалі «WOMAC» в різних групах. Найбільші значні позитивні клінічні ефекти застосування АЗТП у хворих з гонартрозом спостерігалися при відсутності вираженого синовіту у порівнянні з групою контролю.

Висновки: За результатами клінічного моніторингу пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів на початкових стадіях захворювання визначено, що використанням АЗТП більш ефективно впливає на клінічні прояви тяжкості захворювання. Доведено, що хворі які лікувались за удосконаленою терапевтичною програмою з використанням АЗТП, вплив на структурні складові узагальненого показника «WOMAC», можуть істотно коливатись.

Б.З. Гулобов, Л.А. Тереховська, С.М. Якліч

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ТРИВАЛІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ДІЇ АНЕСТЕТИКА ПРИ СПИНАЛЬНІЙ АНЕСТЕЗІЇ

Кафедра хірургії №1

Курс анестезіології та реанімації

М.Л. Гомон (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Визначення часу дії анестетику дає можливість анестезіологу корегувати дозу препарату, яка забезпечить повноцінне знеболення необхідне для оперативного втручання та більш чітко контролювати стан пацієнта в післяопераційному періоді. Можливість оцінити ймовірну тривалість знеболення у пацієнтів за допомогою рутинних методів дослідження без сумніву є дуже корисною.

Мета: Вивчити характер впливу окремих факторів на тривалість та якість дії анестетика при спинальній анестезії.

Матеріали та методи: Якість та тривалість знеболення при спинальній анестезії оцінювали у 51 пацієнта. Усі вони були прооперовані з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Більшу частину хворих становили жінки – 35 (68,2%). Середній вік склав 46,2 роки. Спинальну анестезію виконували за стандартною методикою у положенні пацієнта сидячи на рівні L2-L3, L3-L4 з використанням 0,5% розчину бупівакаїну. Перед оперативним втручанням усім хворим були проведені рутинні методи дослідження, з яких в ході роботи були використані наступні показники: біохімічне дослідження крові (рівень загального білку, трансамінази крові) та коагулограма (фібриноген А). Додатково вимірювався рівень Ca^{2+} у плазмі крові та був взятий до уваги показник індексу маси тіла (ІМТ). Також визначався тонус вегетативної нервової системи (ВНС) за розробленою методикою з використанням анкетування, об'єктивного огляду хворих та ЕКГ. Тривалість дії анестетика оцінювалась за допомогою шкали Броміджа та появи больового відчуття у ділянках післяопераційних ран.

Результати: Рівень загального білку в плазмі крові у пацієнтів варіював у межах від 62,3 до 80 г/л. Показники Ca^{2+} знаходились в межах від 1,58 до 3,2 ммоль/л. ІМТ коливався від 19,7 до 44,6. Рівень фібриногену А знаходився в межах від 242 до 462 мг/л. Рівень АЛТ становив від 10 до 39 од/л. При дослідженні ВНС виявлено, що у 34 (66,7%) хворих був підвищений тонус симпатичного, у 10 (19,6%) – парасимпатичного відділу ВНС. У 7 пацієнтів (13,7%) переважання того чи іншого відділу ВНС встановити не вдалось. Час, через який повністю зникав моторний блок (Об. по шкалі Броміджа), становив від 2 год. 10 хв. до 5 годин. В середньому – 3 год. 37 хв.

Встановлено, що у 14 (87,5%) із 16 пацієнтів з високим вмістом Ca^{2+} ($>2,6$ ммоль/л), загального білку (>78 г/л), високим ІМТ (>27) або одним із них, моторний блок зникав на 17-87 хвилин раніше за середню тривалість. Навпроти, із 16 хворих, які мали низький рівень Ca^{2+} ($<2,0$ ммоль/л), загального білку (<72 г/л), низький ІМТ (<23) або один із них, у всіх 16 (100%) тривалість моторного блоку була довшою за середній час на 34-83 хвилини. Решта 19 (37,3%) хворих мали змішані показники.

Висновки: Рівень Ca^{2+} , загального білку плазми крові та показник ІМТ має кореляцію із тривалістю моторного та сенсорного блоків при спинальній анестезії. Достовірною зв'язку між тонусом ВНС, АЛТ, фібриногеном А та тривалістю дії анестетика в ході даної роботи встановлено не було.

А.П. Гунько

ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ВІДНОСИНИ СПИННОГО МОЗКУ ТА ХРЕБТА У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ 8-

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії

Г.Я. Костюк (д.мед.н., проф), В.С.Школьніков (д.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вивчення закономірностей органогенезу людини, зокрема, хребтового стовпа та спинного мозку набуває наразі суттєвого клінічного значення, адже досягнення медичної ембріології повинні відігравати вирішальну роль у профілактиці перинатальної патології, зниженні антенатальної загибелі плода та успіху хірургічних втручань.

Мета: Встановити топографо-анатомічні відносини спинного мозку та хребта у плодів людини 8-20 тиж. пренатального періоду онтогенезу.

Матеріали та методи: Матеріал для дослідження був отриманий у ВОПБ м. Вінниці загальною кількістю 22 плода гестаційним терміном 8-20 тиж. У процесі дослідження використані наступні методи: мікро- та макро-анатомічний.

Результати: У плодів 8-9 тиж. довжина хребта складала $37,0 \pm 1,7$ мм. Довжина хребтового каналу становила $35,0 \pm 1,6$ мм. Довжина спинного мозку дорівнювала $28,3 \pm 0,9$ мм, при цьому його нижня межа доходить до верхнього краю S_4 , кінцева нитка прикріплюється до S_5 . У плодів 10-11 тиж. довжина хребта складала $46,0 \pm 2,1$ мм. Довжина хребтового каналу становила $44,0 \pm 2,0$ мм. Довжина спинного мозку дорівнювала $36,4 \pm 1,3$ мм, при цьому його нижня межа доходить до верхнього краю S_2 , кінцева нитка прикріплюється до S_5 . У плодів 12-13 тиж. довжина хребта складала $54,0 \pm 3,9$ мм. Довжина хребтового каналу – $52,0 \pm 2,6$ мм. Довжина спинного мозку дорівнювала $47,0 \pm 2,0$ мм, при цьому його нижня межа доходить до верхнього краю L_5 , кінцева нитка прикріплюється до S_2 . У плодів 14-15 тиж. довжина хребта складала $70,0 \pm 4,7$ мм. Довжина хребтового каналу – $65,0 \pm 4,1$ мм. Довжина спинного мозку становила $52,0 \pm 2,4$ мм, при цьому його нижня межа доходить до рівня L_5 , кінцева нитка прикріплюється до S_3 . У плодів 17-18 тиж. довжина хребта – $104,0 \pm 5,3$ мм, довжина спинного мозку – $96,0 \pm 4,8$ мм, нижня межа його доходить до рівня L_4 , кінцева нитка прикріплюється до S_3 . У плода 19-20 тиж. довжина хребта становила $125,0 \pm 5,6$ мм. Довжина спинного мозку складала $96,0 \pm 4,8$ мм. Нижня межа спинного мозку досягає нижнього краю L_4 . Нижче продовжується кінцева нитка, яка прикріплюється до нижнього краю S_3 .

Висновки: У результаті дослідження були встановлені особливості топографо-анатомічних відносин спинного мозку та хребта у плодів людини 8-20 тиж. пренатального періоду онтогенезу: до 20 тижня гестації нижня межа спинного мозку переміщується краніально, а прикріплення кінцевої нитки – каудально, на фоні не рівномірного збільшення довжини хребта та самого спинного мозку.

М. Р. Гучок, С.В. Давіденко

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕФЕКТАМИ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК ВНАСЛІДОК ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ

Кафедра травматології та ортопедії

А. В. Макогончук (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Заміщення дефектів довгих трубчастих кісток є надзвичайно актуальною та складною проблемою сучасної травматології та ортопедії. Найбільш поширеною причиною утворення таких дефектів є післятравматичний остеомієліт. В цьому випадку лікар має справу з досить великою ділянкою функціонально неповноцінної, часто інфікованої кістки та рубцево-хрящової тканини, в якій виражені нейротрофічні порушення. За таких умов єдиним методом лікування є резекція зони патологічного вогнища, що призводить до утворення дефекту кісткової тканини та необхідності його заміщення.

Мета: Поліпшення результатів лікування хворих з дефектами довгих трубчастих кісток.

Матеріали та методи: У роботі викладено досвід лікування 15 хворих з дефектами довгих трубчастих кісток, які лікувалися в НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І.Пирогова. Постраждали були госпіталізовані в плановому порядку з травматичним остеомієлітом довгих кісток. З травматичним остеомієлітом довгих кісток в фазі нестійкої ремісії було 7 пацієнтів (70%), в фазі загострення - 3 пацієнти (30%). Частота ураження сегментів наступна: гомілка-7 випадків (70%), стегно - 3 випадки (30%).

Результати: Втручання на кістковій тканині у постраждалих з травматичним остеомієлітом та дефектом кістки носило наступний характер. При відсутності репаративних процесів в зоні перелому виконувалася адаптаційна резекція в межах здорової кістки. Ділянка резекції у даних пацієнтів перевищувала 3 см на гомілці та 5 см на

стегні, тому адаптаційну резекцію завершували нейтральним остеосинтезом апаратом зовнішньої фіксації з подальшою остеотомією й заміщенням дефектів за Ілізаровим в темпі по 1 мм на добу. Проведення нейтрального остеосинтезу після сегментарної резекції, а не одномоментне зближення відламків, дозволяло уникнути «гофрування» тканин і виражених нейротрофічних розладів, лімфостазу, грубого рубцевого переродження тканин зони вогнища. У 1 пацієнта з дефектом стегнової кістки на тлі тривалого застосування спейсера з просякнутого антибіотиком кісткового цементу (впродовж 6 міс) була виконана вільна кісткова пластика фрагментом малоомілкової кістки здорової гомілки в поєднанні з ауто трансплантатом з крила клубової кістки. У пролікованих нами пацієнтів ми не спостерігали ускладнень і спостерігали позитивні результати як в анатомічному, так і функціональному відношенні.

Висновки: Диференційоване застосування позавогнищевих остеосинтезу та вільної кісткової пластики після ліквідації гнійно-запального процесу у пацієнтів з дефектами довгих кісток більше 3 см дозволяє уникнути серйозних ускладнень та досягти хороших анатомо-функціональних результатів.

О.Р.Дацків, С.О.Дмитренко, О.П.Колісник

**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕСТЕРОЇДНИХ
ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ НА ФОРМУВАННЯ СПОЛУЧНО-ТКАНИННОГО МАТРИКСУ В
ЗОНІ ІМПЛАНТАЦІЇ СИНТЕТИЧНИХ ПРОЛІНОВИХ ІМПЛАНТАТІВ В РАНЬОМУ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

В.В.Мосьондз (к.мед.н.ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Післяопераційний лікувальний моніторинг у хворих з імплантацією синтетичних пролінових імплантатів передбачає призначення нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). Проведення такої терапії зменшує запальну реакцію тканин черевної стінки на сітчастий імплантат. Проте відсутність доказової бази у доцільності використання (НПЗЗ) в ранньому післяопераційному періоді негативно впливає на процес імплантації.

Мета: Визначити вплив нестероїдних протизапальних засобів на формування сполучно-тканинного матриксу в зоні імплантації синтетичних пролінових імплантатів в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи: Проведено імплантацію пролінових імплантатів(ПІ) методом onlay на 20 білих статевозрілих самцях лабораторних мишей, середньою масою 200-300 г, розділених на 2 групи: група «Контроль» (n=10), склали інтактні тварини; мишам групи «Диклоберл» (n=10) вводили внутрішньом'язево 1 раз на добу в дозі 3 мг/кг диклоберлу протягом 3 діб. Перший забір матеріалу проведено на 3й день по 3 миші з кожної групи.

Результати: Макроскопічно у групах, де використовували НПЗЗ спостерігали незначну запальну відповідь тканин черевної стінки в порівнянні з контрольною групою. Аналіз гістологічного дослідження на 3 день показав, що в 1 групі ознаки запальної відповіді виражені краще в порівнянні з іншою групою. Надалі планується забір матеріалу на 5 та 10 добу дослідження. Остаточні висновки будуть зроблені по закінченню дослідження.

Висновок: Проведений етап дослідження дає підстави аргументувати негативний вплив нестероїдних протизапальних засобів на формування сполучно-тканинного матриксу в зоні імплантації синтетичних пролінових імплантатів.

А.В. Дениско

**МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ОРГАНА СЛУХУ ЯК НАСЛІДОК ПРОСЛУХОВУВАННЯ
МУЗИКИ В НАВУШНИКАХ**

Кафедра ЛОР-хвороб

П.А.Рауцкіс (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: сучасна молодь віддає перевагу навушникам при прослуховуванні музики. За даними ВООЗ близько 1,1 млрд. людей віком 12-35 р. перебувають в зоні ризику втрати слуху через використання персональних аудіопристроїв. 34 % слухають музику від 1 до 4 годин на добу. При цьому 37% віддають перевагу звуку з високим рівнем гучності та 16 % з дуже високим. 75% молодих людей не проявляють інтересу до обговорення питань стосовно негативного впливу даного чинника.

Мета: визначити і проаналізувати зміни, які відбуваються в структурах вуха при використанні навушників.

Матеріали та методи: пошук за ключовими словами та аналіз наукових публікацій у базі даних Pubmed, Medscape, AAO-HNSF.

Результати: при використанні навушників звукова хвиля вдаряється об барабанну перетинку на відстані 1,5 см (при розмовній мові - 20-30 см), що створює сильну акустичну травму на структури вуха і може призвести до

розвитку сенсоневральної приглухуватості. При цьому через кілька хвилин після впливу звукових хвиль з'являється набряк судинної смужки, що може зберігатися протягом кількох днів. У відповідь на акустичну травму виникає запальна реакція завитки, що супроводжується притоком лейкоцитів до внутрішнього вуха. Короткочасна дія звуків високої гучності призводить до тимчасових порогових зрушень, що пов'язано зі зменшенням пластичності стереоцилій. Постійна дія гучного звуку призводить до незворотніх порогових зрушень, пов'язаних зі злиттям суміжних стереоцилій або їх загибеллю. Смерть сенсорної клітини може призвести до втрати первинних волокон слухового нерва. «Шумова модель» вказує на те, що ділянка кори, яка в минулому сприймала імпульси від даної зони завитки, після пошкодження останньої стає "функціонально неробочою". Внаслідок зниження процесів гальмування в даній ділянці, а також кортикальної пластичності сусідніх областей кори головного мозку, виникає відчуття шуму за відсутності подразнень від периферії. При наявності в зовнішньому слуховому проході навушників підвищується активність потових і сірчаних залоз. Герметичне закриття слухового проходу сприяє росту і розмноженню патогенної мікрофлори, що призводить до розвитку екземи і дерматитів.

Висновок: отже, прослуховування музики в навушниках на високих рівнях гучності призводить до цілого комплексу порушень. Найбільш типовими є сенсоневральна приглухуватість, тинітус, гіперакузія, запаморочення. Екстрааудитивні порушення: розлади сну, серцево-судинні захворювання, когнітивні порушення, головний біль, нервозність. Тому дотримання гігієни слуху є важливим чинником профілактики виникнення небажаних морфофункціональних змін у структурах вуха.

Н.В.Джевага, О.Я.Авдєєва

ПОРІВНЯННЯ МЕТОДІВ РЕЄСТРАЦІЇ АГЛЮТИНАЦІЇ ЕРИТРОЦИТІВ (ТУРБОДИМЕТРИЧНОГО, МІКРОСКОПІЧНОГО, МЕТОДУ СТАНДАРТНИХ СИРОВАТОК, ЦОЛІКЛОНІВ)

Кафедра загальної хірургії

О.П.Жученко (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Визначення групи крові за системою АВ0 або Rh (системі резус) є одним з найбільш часто використовуваних тестів лабораторної діагностики. На жаль, змушені констатувати, що за відомостями, які ми маємо, вітчизняні прилади, автомати для визначення груп крові до теперішнього часу відсутні. Це робить будь-які розробки даного напрямку актуальними.

Мета: аналіз можливостей розвитку оптико-акустичного методу реєстрації аглютинації еритроцитів з метою підвищення надійності визначення групової приналежності крові людини

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження була донорська кров усіх чотирьох груп за системою АВ0, відповідні аглютинуючі сироватки (прямий метод типування крові) і стандартні еритроцити (зворотний метод).

Результати: Визначення групи крові можна здійснювати за допомогою стандартних сироваток або цоліклонів, що мають високий титр антитіл до досліджуваних антигенів еритроцитів.

Цоліклони анти-А і анти-В являють собою порошок, що містить аглютиніни, які діють проти групових антигенів А і В.

Турбодиметричний метод передбачає дію ультразвукової хвилі на еритроцити. Внаслідок цього еритроцити і їх агглютинати підіймалися в повітря в досліджуваній рідині. При виключенні ультразвуку великі агглютинати швидко седиментували (позитивна реакція аглютинації), а середовище значно просвітлювало.

Цифрова мікроскопія: Агглютинати об'ємом 20 мкл набиралися з дна кювети з допомогою дозатора і розбавляли в 400 раз в фізіологічному розчині. З отриманої суміші відбиралася крапля обсягом 20 мкл, яка розташовувалася на предметному склі. За допомогою мікроскопа ЛОМО БИОМЕД виготовлялося 15 фотографій в різних областях зображення краплі.

Висновки: Порівнюючи методи стандартних сироваток із цоліклонами варто зазначити, що в цоліклонах містяться антитіла тільки однієї специфічності. Це означає, що вони вступають у реакцію лише з одним антигеном, тобто не зумовлюють неспецифічної поліаглютинації, що є перевагою порівняно зі стандартними сироватками. Поряд із поширеними методами визначення груп крові з'являються нові, що передбачають застосування високоточної техніки. А це в свою чергу потребує значних фінансів, чого на сьогодні не можуть собі дозволити більшість медичних закладів. Водночас порівнюючи метод цифрової мікроскопії (МЦМ) та турбодиметричний варто зазначити, що МЦМ є прямим методом дослідження на відміну від турбодиметричного, який залежить від багатьох чинників. Тому можна вважати метод цифрової мікроскопії як еталонний для визначення групи крові зразків. У той же час цей метод є статичним, він не дозволяє відстежувати динаміку процесу аглютинації еритроцитів, їх седиментацію, такі дослідження доцільно проводити турбодиметричним методом.

В.В. Дідичук, Е.О. Ющенко
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКОВАНИХ РЕКОНСТРУКТИВНИХ СТРИЖНІВ ПРИ
ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА У ДІТЕЙ
НА ФОНІ ФІБРОЗНОЇ ДИСПЛАЗІЇ**

Кафедра дитячої хірургії
А.Ф. Левицький (д. мед. н., проф.)
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: Фіброзна дисплазія (ФД) - вроджене неспадкове захворювання скелету, яке призводить до формування кістоподібних утворень, заповнених патологічною фіброзно-кістковою тканиною та має тенденцію повільного прогресування. Розповсюдження складає 5-7% усіх доброякісних пухлин кісткової тканини. Виділяють моноосальний та поліосальний варіанти перебігу. Одним з патологічних ускладнень перебігу ФД є патологічний перелом, який в 50% випадків відбувається в ділянці проксимального відділу стегна. На сучасному етапі розвитку дитячої ортопедії запропоновано численні методи лікування цієї патології, проте кожен з них має свої недоліки та переваги.

Мета: Оцінити результати застосування блокованих інтрамедулярних стрижнів при хірургічному лікуванні патологічних переломів проксимального відділу стегна у дітей на фоні ФД.

Матеріали та методи: В дослідження були включені 17 пацієнтів у віці від 13 до 17 років з патологічними черезвертлюговими або міжвертлюговими переломами стегна на тлі ФД, що лікувалися у відділенні ортопедії НДСЛ "ОХМАТДИТ" з 2006 по 2016 рік. Група спостереження - 5 пацієнтів, при оперативному лікуванні яких було застосовано інтрамедулярний остеосинтез проксимальним реконструктивним блокованим стрижнем. У 2 пацієнтів остеосинтез було проведено після неправильної консолідації перелому і супроводжувався остеотомією стегнової кістки. Група контролю - 12 пацієнтів, при лікуванні яких була проведена сегментарна резекція вогнища ФД з пластиною біоімплантатами Тутопласт® та фіксацією металевою пластиною. Строк спостереження становив від 18,0 до 24,0 міс.

Результати: При рентгенологічному дослідженні в групі спостереження через 1,5-2,0 міс. після оперативного втручання в ділянці патологічного перелому відмічались періостальні нашарування. Повна консолідація перелому відмічалась через 12-16 тиж. У всіх випадках було відновлено шийково-діафізарний кут. Спроби рухів у суміжних суглобах пацієнти групи спостереження почали робити через 2-3 доби після оперативного лікування. Повне відновлення рухів у суміжних суглобах відбулося через 4-8 тиж. Часткове навантаження на хвору кінцівку (хода на милицях) діти починали через 6-8 тиж. після операції. Повне відновлення функції відбувалось через 18-20 тиж. з моменту операції.

В групі контролю в післяопераційному періоді проводилась іммобілізація гіпсовими пов'язками на строк від 1,5 до 3,0 міс. Періостальні нашарування в ділянці резекції визначались через 1,5-2,0 міс., ознаки окостеніння регенерату визначались через 4,0-6,0 міс. з моменту операції. Втрата корекції шийково-діафізарного кута визначалась в строк від 6 до 15 міс. у 4 пацієнтів (30%). Часткове навантаження на прооперовану кінцівку хворі розпочинали через 16-20 тиж. Повне відновлення функції відбувалось через 34-38 тиж. з моменту операції.

Висновки: Використання реконструктивних блокованих стрижнів при лікуванні патологічних переломів проксимального відділу стегна на фоні ФД у дітей є ефективним методом і дозволяє покращити анатомічні та функціональні результати.

В.Ю. Дорожинська, А.В. Вигонюк, Н.М. Гомон
АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ФІБРОГASTРОДУОДЕНОСКОПІЙ

Кафедра хірургії №1, курс анестезіології-реаніматології.
М.Л. Гомон (д.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Розвиток медицини неподільно пов'язаний з ростом малоінвазивних хірургічних втручань та ендоскопічних досліджень. Верифікація діагнозів більшості захворювань стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки передбачає фіброгастроуденоскопічне дослідження (ФГДС). Разом з тим неприємні відчуття під час його проведення є частою причиною відмови від його проведення. Використання анестезіологічного менеджменту зменшує неприємні враження від його проведення. Особливістю анестезіологічного забезпечення під час проведення ФГДС є ризик зупинки дихання, оскільки в ротоглотці знаходиться фіброгастроуденоскоп. Це вимагає індивідуального підбору дози загального анестетика під час виконання процедури, яка не викликає зупинку дихання, але забезпечує відсутність свідомості пацієнта.

Мета. Досягти адекватності глибини анестезіологічного забезпечення під час діагностичних ФГДС для забезпечення більшої безпеки і комфорту хворого.

Матеріали і методи. Проведено та проаналізовано в двох групах хворих перебіг 46 анестезіологічних забезпечень фіброгастроуденоскопій в ВОКЛ ім. М.І. Пирогова. В контрольній групі анестезіологічне забезпечення проводилось пропофолом в розрахунковій дозі 1,5мг/кг маси тіла, в дослідній групі –

запропонованою індивідуальною покровою методикою на основі визначення моменту втрати свідомості. Для аналізу ефективності використаної методики в групах порівнювали: тривалість індукції, дозу використаного анестетика до втрати свідомості, загальну дозу анестетика, частоту додаткового введення анестетика, частоту використання допоміжної вентиляції легень, загальну тривалість анестезії до моменту відновлення свідомості, частоту додаткового використання протиблювотних препаратів.

Результати. Встановлено, що використання запропонованої методики вірогідно подовжило в 2,1 рази тривалість введення хворого в наркоз та збільшило на 56% частоту додаткового введення пропофолу. Однак відмічено зростання безпечності перебігу анестезії за рахунок зменшення частоти використання допоміжної штучної вентиляції легень, додаткового використання протиблювотних препаратів. Відмічено створення кращих умов виконання фіброгастроуденоскопічного дослідження та зниження собівартості анестезії, що проявлялось в зменшенні дози використаного пропофолу на етапах анестезіологічного забезпечення та скороченні тривалості маніпуляцій під час анестезії.

Висновки. Запропонована методика індивідуального підбору дози пропофолу на основі визначення моменту втрати орієнтації пацієнта в особистості, просторі і часі під час індукції в наркоз при анестезіологічному забезпеченні діагностичних фіброгастроуденоскопій сприяла підвищенню безпеки та ефективності проведення процедури.

В.С. Думанецька

ЗАСТОСУВАННЯ КУЛЬТУРИ АУТОЛОГІЧНИХ МАКРОФАГІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Кафедра хірургії №1

В.П. Сливка (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК) незважаючи на значні досягнення в визначенні етіології, патогенезу, розробці методів лікування і профілактики, все ж має не вирішені проблеми. Однією з таких проблем є взаємодія фібриноїда і грануляційної тканини хронічної виразки. З однієї сторони фібриноїд запобігає епітелізації і відповідно загоєнню виразки, а з іншої захищає грануляційну тканину від дії шлункового соку. У зв'язку з відсутністю методів, які дозволили б видалити фібриноїд і зберегти при цьому грануляційну тканину, виникає необхідність розробки нових, ефективних методів лікування хронічних виразок шлунка.

Макрофаги здатні виконувати ферментативне розщеплення сполучної тканини, в тому числі і фібриноїда. Поряд з цим існує проблема пов'язана з недостатньою активністю макрофагів в ділянці грануляційної тканини виразкового дефекта.

Мета: Дослідити ефективність застосування аплікації аутологічних макрофагів на виразковий дефект ДПК, а також оцінити вплив даної методики на тривалість ремісії.

Матеріали та методи: Спостереження проводилося на базі клініки хірургії №1 ВНМУ ім. Пирогова. Було обстежено 17 хворих з наявною хронічною виразкою ДПК, у стадії загострення, без ускладнень.

Хворі були розділені на дві групи. Вісьомом хворим, які увійшли до 1 групи, паралельно з традиційною антивиразковою терапією, було проведено за допомогою ендоскопа аплікацію культури аутомакрофагів. Пацієнти групи порівняння отримували традиційне лікування.

Вирощування культури клонованих аутомакрофагів проводили за методикою Чучаліна із застосуванням стандартного середовища та сироватки хворого при температурі 37 °С протягом 5-7 діб в декількох бюксах одночасно з інтервалом в 2 дні, що дало змогу виконувати аплікації культури аутомакрофагів багаторазово. Ендоскопічний контроль проводили на 3,7,11 добу.

Результати:

При аплікації культури макрофагів у пацієнтів 1 групи спостерігалось зменшення діаметра і глибини дефекту слизової оболонки. Зменшення виразкового дефекту та початок утворення червоного рубця відмічається в середньому на 3-5 діб раніше порівняно з групою контролю. Прискорення епітелізації зумовило загоєння без утворення вираженої рубцевої деформації бульби ДПК.

Висновки:

Проведене дослідження свідчить про високу ефективність застосування культури клонованих аутомакрофагів в лікуванні виразкової хвороби ДПК.

Ю.Г.Жадан

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВИДЕОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

Кафедра анатомии человека

О.Н.Юрченко (ас.)

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина

Медицинский факультет

г. Харьков, Украина

Актуальность. Предстоящая необходимость видеогастродуоденоскопии всегда вызывала у пациента чувство тревоги, беспокойства за возможные затруднения при его проведении или вовсе неудачную попытку ввиду выраженного рвотного рефлекса и мнимого страха удушья. В связи с этим для проведения видеогастродуоденоскопии в нашей стране все чаще прибегают к помощи анестезиологического сопровождения. Однако многие пациенты высказывают обеспокоенность и ставят под сомнение целесообразность таких мер, объясняя это тем, что действие препаратов для анестезии и седации, по их мнению, может нанести значительный вред их здоровью, в частности высшей нервной деятельности. Научное доказательство отсутствия отсроченных побочных эффектов современных препаратов, применяемых для обеспечения седации при видеогастродуоденоскопии, способно изменить отношение пациентов к этому способу диагностики.

Целью нашего исследования является оценка изменений когнитивных функций пациентов после внутривенной анестезии при проведении видеогастродуоденоскопии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов в возрасте 36-54 лет (из них 17 мужчин и 13 женщин) с целью обеспечения анестезиологического сопровождения использовался комбинированный неингаляционный наркоз (мидазолам в дозе 0,02 мг/кг и пропофол в дозе 0,2 мг/кг). Когнитивные функции оценивались по Монреальской шкале до начала седации, через 30 минут, через час и через сутки после её окончания.

Результаты исследования. Исходные результаты оценки когнитивных функций в среднем составили 25 баллов. Тестирование, проведенное через 30 минут после окончания седации, выявило снижение когнитивных функций до 20 баллов (утрата 20%). Спустя 1 час после восстановления сознания средний уровень составлял 22 балла, что означает утрату 10 % когнитивных возможностей. Однако данные, полученные через сутки после видеогастродуоденоскопии, развеяли сомнения – когнитивные функции пациентов были полностью восстановлены и достигли исходных уровней.

Выводы. Во время исследования было обнаружено, что при комбинированном неингаляционном наркозе наблюдается минимальная утрата когнитивных функций с последующим их восстановлением. Из этого следует, что данное анестезиологическое сопровождение может быть безопасно использовано при видеогастродуоденоскопии.

П.О. Ілляк, М.І. Уляновська, Н.О. Іванів

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МАЛИХ НИРКОВИХ НОВОУТВОРІВ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВИМІРЮВАНОВОГО КОЕФІЦІЄНТА ДИФУЗІЇ ДИФУЗІЙНО-ЗВАЖЕНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МРТ У ЯКОСТІ ПРОМЕНЕВОГО БІОМАРКЕРУ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ.

Кафедра урології

Ю.О. Мицик (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Диференційна діагностика малих ниркових новоутворів (smallrenalmasses – SRM) є актуальною проблемою сучасної урології. Частка неінформативних черезшкірних пункційних біопсій коливається в межах 10-23%, при цьому 7,5-33,6% парціальних нефректотій при SRM та підозрі на злоякісний процес виконуються при доброякісних пухлинах нирки. Патоморфологічно нирково-клітинний рак (НКР) діагностується у 48-66% випадків SRM.

Мета: Мета дослідження полягала в оцінці ефективності застосування вимірюваного коефіцієнта дифузії (ВКД) дифузійно-зважених зображень (ДЗЗ) МРТ у якості променевого біомаркєру НКР для диференційної діагностики SRM.

Матеріали і методи: У дослідження увійшло 158 дорослих хворих із 171 SRM: 80 (50,63%) хворих із солідним НКР, з них із світлоклітинним НКР - 55 (34,81%), із папілярним НКР - 13 (8,23%) та із хромофобним НКР - 12 (7,59%) пацієнтів; 25 (15,82%) хворих із доброякісними пухлинами нирки – 14 (8,86%) із ангіоміолопомою та 11 (6,96%) з онкоцитомою; 53 (33,54%) хворих з кістами нирок, з них у 15 (9,49%) хворих було діагностовано кістозний НКР. Контрольну групу склали 15 здорових волонтерів без ниркової патології за даними клінічних та променевих досліджень.

Результати: В результаті визначення та аналізу ВКД ДЗЗ при проведенні МРТ у хворих із SRM ми отримали статистично достовірну різницю ($p < 0,05$) між середніми значеннями цього показника нормальної ниркової паренхіми ($2,47 \pm 0,12 \times 10^{-3}$ мм²/с), солідного НКР ($1,65 \pm 0,38 \times 10^{-3}$ мм²/с), доброякісних пухлин ($2,23 \pm 0,18 \times 10^{-3}$ мм²/с) та кіст нирок ($3,15 \pm 0,51 \times 10^{-3}$ мм²/с). При цьому ми спостерігали статистично достовірну ($p < 0,05$) різницю між середніми значеннями ВКД злоякісних та доброякісних кістозних SRM: $2,83 \pm 0,21 \times 10^{-3}$ мм²/с проти $3,36 \pm 0,35 \times 10^{-3}$ мм²/с відповідно. Однак, статистично достовірної різниці у середніх значеннях ВКД гістологічних підтипів НКР виявлено не було ($p > 0,05$).

Висновки: ВКД ДЗЗ магнітно-резонансної томографії може бути використаний у якості променевого біомаркери НКР та як ефективний інструмент для диференційної діагностики злоякісних і доброякісних SRM.

В.В. Іович

НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Г. Костюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Нирково-клітинний рак (НКР) становить близько 5% усіх злоякісних новоутворень у чоловіків і 3% від усіх ЗН у жінок, займаючи 7 місце серед ЗН у чоловіків і 10 місце – серед жінок. Серед загальної кількості новоутворень нирок НКР займає близько 80% (ESMO, 2016). Радикальна нефректомія та резекція нирки є стандартами лікування НКР. Радикальна нефректомія призводить до інвалідизації пацієнта, тому на сьогодні питання вибору тактики оперативного лікування хворого на НКР лишається дискусійним.

Мета: Проаналізувати динаміку захворюваності на НКР з урахуванням статевих та вікових особливостей у населення Вінницької області, шляхом ретроспективного дослідження визначити головні тенденції в підходах до оперативного лікування раку нирки.

Матеріали та методи: Аналіз показників захворюваності на НКР здійснювався за даними Бюлетню Національного канцер-реєстру України 2007-2016рр. Для оцінки змін у виборі тактики лікування ретроспективно було проаналізовано 789 хворих на НКР, які отримали хірургічне лікування в урологічному відділенні клініки ВОКОД протягом 2007-2016рр.

Результати: В результаті проведеного аналізу показника захворюваності на НКР у Вінницькій області було виявлено тенденцію до його зростання. Так, у період 2007-2011рр. показник захворюваності на НКР склав 11,7 ‰, у період 2012-2016рр. – 12,8 ‰. Для порівняння, за даними Національного канцер-реєстру показник захворюваності на НКР по Україні складає 11,6 ‰ та 12,55 ‰ відповідно. При цьому показник захворюваності серед чоловіків був вищий, ніж у жінок, як в період 2007-2011рр. – 14,7 проти 7,3 відповідно, так і в період 2012-2016рр. – 16,1 проти 9,9. При аналізі вікової структури було виявлено, що пік захворюваності на НКР припадає на віковий період 50-69 років і складає 30% випадків. Щодо позитивних змін, варто відмітити збільшення частки патології, виявленої на ранніх стадіях (I-II). Так, у період 2007-2011рр. III-IV стадія при першому зверненні була встановлена у 62% хворих, I-II стадія – у 48%. Протягом 2012-2016рр. частка I-II стадії серед вперше встановлених діагнозів зросла на 15% і склала 63%. У зв'язку з тим, що стадія захворювання має вирішальне значення для вибору методу лікування, протягом останнього десятиріччя суттєво змінилася тактика оперативного лікування НКР. Так, у період 2007-2011рр. 96% оперативних втручань складала радикальна нефректомія і, відповідно, 4% - резекція нирки. У період 2012-2016рр. частка радикальних нефректомій склала 72%, резекцій нирки – 28%.

Висновки: Аналіз динаміки показників захворюваності на НКР серед населення Вінницької області продемонстрував їх зростання, при чому зберігається стале співвідношення між показниками серед чоловічого та жіночого населення. Збільшилась виявляємість патології в ранніх стадіях (I-II), що обумовило зміни у виборі тактики лікування. Таким чином, на сьогодні, віддається перевага органозберігаючим методам лікування НКР, а саме – резекції нирки, що відповідає світовим тенденціям.

О.О. Калашнікова

КОРЕКЦІЯ НАДВИСОКОЇ МІОПІЇ МЕТОДАМИ ЕКСИМЕЛАЗЕРНОЇ РЕФРАКЦІЙНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ІМПЛАНТАЦІЄЮ ФАКІЧНИХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

(ЗА ДАНИМИ ЛІТЕРАТУРИ)

Кафедра очних хвороб

Т.Ю. Кукуруза (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У нашій країні в структурі інвалідності внаслідок офтальмопатології міопія займає третє місце, що становить 18%, а в структурі дитячої інвалідності – друге місце, що становить 34%. Медико-соціальна значимість проблеми збільшується в зв'язку з тим, що ускладнена міопія розвивається у осіб працездатного віку.

У зв'язку з цим, боротьба з міопією - важливе завдання, для її вирішення необхідно проведення активних заходів по профілактиці і лікуванню короткозорості та її ускладнень.

Мета: проаналізувати, використовуючи статистичні дані міопії в Україні, оцінити та порівняти ефективність корекції надвисокої міопії методами ексимерлазерної хірургії та імплантацією факічних інтраокулярних лінз (ФІОЛ).

Результати: проаналізувавши та оцінивши статистичні дані, можна твердити, що в даний час міопія (короткозорість) широко поширена у всіх розвинених державах світу. Основними причинами розвитку міопії є: спадковість, первинна слабкість акомодативної м'язів ока, послаблення склери, травми головного мозку, ослаблення або перенапруження м'язів ока. Існує три способи корекції міопії: окуляри, контактні лінзи і хірургічні операції. Сучасними методами ексимерлазерної рефракційної хірургії та імплантації факічних інтраокулярних лінз. Під час ексимерлазерної корекції зору під впливом ексимерного лазера відбувається фотохімічна абляція (випаровування) шарів рогівки. В результаті цього змінюється її товщина і як наслідок переломлюються здатність (рефракція), що призводить до фокусування променів світла на сітківці. При високих ступенях порушення рефракції або дуже тонкій рогівці використовують спеціально розроблені внутрішньоочні контактні лінзи. Основними перевагами є те, що вони можуть коригувати порушення рефракції там, де лазерна корекція не може бути проведена; забезпечують точну корекцію зору, високу якість зору та стабільний результат; імплантація інтраокулярних лінз здійснюється через мікротунель без розрізу рогівки, не потребує накладення швів. Але, попри всі переваги цих методів лікування, існує чимало ускладнень, які можуть спровокувати до негативних наслідків, а саме: помутніння на задній капсулі кришталика, розвиток яких пов'язаний з порушенням обміну речовин в оці внаслідок контакту опорних елементів факічних інтраокулярних лінз із циліарними відростками, катаракта, післяопераційний астигматизм, зсув інтраокулярних лінз, набряк рогівки.

Висновки: отже, міопія – поліетіологічне захворювання, яке займає вагомe місце в структурі офтальмологічної захворюваності по всій Україні. Виявилось, що темпи зростання міопії за період 2016-2017 рр. були помірними, як серед всього населення, так і у вікових групах. В результаті проведеного аналізу існуючих сучасних методів корекції міопії було з'ясовано, що корекція надвисокої міопії методами ексимерлазерної хірургії та імплантацією факічних інтраокулярних лінз є рівнозначно ефективною, звертаючи увагу на всі переваги та недоліки.

Т. В. Канчура, А. М. Машин, Ю. Ю. Кобеляцкий

НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОМОЩИ ТЕХНОЛОГИИ esCCO

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Ю. Ю. Кобеляцкий (д. мед. н., проф.)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

г. Днепр, Украина

Актуальность: Безопасность больного, при проведении анестезиологического пособия (АП), во многом определяется качеством мониторинга жизненных функций. В последние годы, возможности мониторинга постоянно расширяются. Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии на протяжении многих лет работает над внедрением в анестезиологическую практику и интенсивную терапию различных видов мониторинга, таких как, esCCO, BIS, ANI, мониторинга нейромышечной проводимости, которые позволяют улучшить контроль и повысить безопасность АП. В прошлом широко использовались инвазивные методики оценки сердечного выброса (СВ), связанные с катетеризацией артерий и требующие определенных мануальных навыков, что создавало дополнительный риск для пациента, потому, внедрение неинвазивных методов представляет наибольший интерес, с позиции практической анестезиологии.

Цель: Показать преимущества и важность внедрения неинвазивного мониторинга СВ по технологии esCCO.

Материалы и методы: Идеальный метод мониторинга должен быть: достоверным, не зависимым от навыка оператора, простым, безопасным, доступным, рентабельным и неинвазивным. Наиболее близко этим критериям соответствует непрерывный мониторинг центральной гемодинамики (ЦГ) при помощи метода esCCO. В его основе - определение PWTT (pulsewavetransittime) – скорости прохождения пульсовой волны на основании непрерывного мониторинга ЭКГ и пульсоксиметрии. Этот метод тесно коррелирует с данными, метода термодилуции с использованием катетера Свана-Ганса.

Нами был использован метод esCCO во время проведения лапараскопической холецистэктомии в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) или анестезии с использованием ингаляционных анестетиков (ИА).

Всем пациентам проводили мониторинг FiO₂; ЭКГ с подсчетом ЧСС; АД (неинвазивно), пульсоксиметрию; ETCO₂ с помощью монитора S/5 Datex (Финляндия). Показатели esCCO и esSV помощью монитора Vismo PVM-2701 (Nihon Kohden, Япония). Данные обрабатывались методами вариационной статистики с помощью стандартного пакета программ Microsoft Excel 2003 и Statistica 6.1.

Результаты: Проведение неинвазивного мониторинга ЦГ во время оперативного вмешательства позволило улучшить интраоперационный контроль витальных функций и индивидуализировать коррекцию гемодинамических нарушений. Наиболее стабильный гемодинамический профиль отмечен у пациентов,

которым использовалась ТВА на основе дипривана и фентанила с инфузией гипнотика по целевой концентрации с помощью инфузомата BBraun SpaceLab, Германия. В группе ИА отмечены кратковременные изменения гемоволюметрических показателей во время интубации, что требует дальнейшего углубленного анализа с включением мониторинга уровня анальгезии.

Выводы: Использование метода неинвазивного мониторинга СВ по технологии esCCO, позволяет, в режиме реального времени, оценивать влияние препаратов для анестезии с позиции гемодинамического ответа, оптимизировать объем инфузионной терапии, что, в итоге, позволяет повысить эффективность и безопасность АП, улучшить исход заболевания.

Т.А. Катеринчук

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ КЛІТИННОЇ НЕПРЯМОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

О.І.Мітюк (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За статистичними даними в Україні захворюваність пацієнтів із патологією системи кровообігу займає перше місце в структурі захворювань. Загально прийняті підходи до лікування ішемії нижніх кінцівок, які використовуються на сьогоднішній день, не дають бажаного ефекту, оскільки супроводжуються післяопераційними ускладненнями та інвалідизацією пацієнтів. Дана проблема спонукала нас на вивчення нових методів відновлення порушеного кровотоку у нижніх кінцівках, що буде давати бажаний ефект та мінімум ускладнень.

Мета: Дослідити клінічну ефективність методу клітинної непрямой ревазуляризації у хворих на хронічну ішемію нижніх кінцівок.

Матеріали та методи: При дослідженні використовували прогеніторні стовбурові клітини фетальної печінки людини 6-8 тижнів гестації. Методика застосована у 20 пацієнтів (чоловіки) середній вік 55-65 років з проявами хронічної ішемії нижніх кінцівок. Хворі були розподілені на дві групи, 15 пацієнтів із III ст. ішемії та 5 пацієнтів з IV ст. ішемії, які перебували на лікуванні у Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова. Клітинний аспірат вводили внутрішньо м'язово в кінцівку у вигляді доріжки вздовж оклюзійних артерій кінцівки. При проведенні клінічного дослідження з метою оцінки ефективності лікування, використовували визначення дистанції ходьби та кістково-плечовий індекс.

Результати: За результатами клінічного дослідження, у 80 % пацієнтів через 1.5-2 місяці після операції спостерігали зменшення ступеня ішемії. Десять пацієнтів з III ступенем ішемії через 2 місяці перейшли до II Б ступеня, в пацієнтів клінічні прояви через 2 місяці після операції відповідали II А ступеня ішемії. Пацієнти почали відмічати покращення самопочуття, зникли болі при ходьбі та у спокої, збільшилася дистанція ходьби без відчуття болю та кульгавості (1000м). Об'єктивно: шкіра тепла на дотик, тілесного кольору, покращилася пульсація артерій на кінцівках. У п'яти хворих з IV ступенем ішемії позитивної клінічної динаміки не спостерігали. Введення прогеніторних клітин фетальної печінки людини призвело до стимуляції гнійно-запального процесу, що і змусило виконати ампутацію кінцівки. Досліджено кістково-плечового індексу, що склав 0.5-0.8 до операції та 0.8-0.9 після операції, що вказує на позитивний результат даної методики лікування.

Висновок: Непряма клітинна ревазуляризація являється одним із новітніх методів лікування хронічної ішемії нижніх кінцівок. Позитивний клінічний ефект клітинної трансплантації можна пов'язати з активацією введеними стовбуровими клітинами процесів ангіогенезу, завдяки чому формується некапілярна судинна мережа, через яку і відбувається кровопостачання в ішемізовану ділянку.

А.М. Каяфа, О.А. Окаєвич

ДОСВІД ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ЧЕРЕЗ- ТА МІЖВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Кафедра травматології та ортопедії

П.М. Жук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сучасна концепція хірургічного лікування вертлюгових переломів стегнової кістки у людей старшої вікової групи базується на досягненні ранньої активізації прооперованих хворих для профілактики гіпостатичних ускладнень та декомпенсації супутніх захворювань. Класичні методи металоостеосинтезу через вертлюгових та міжвертлюгових переломів у хворих з обтяженим преморбідним фоном (артрозами та остеопоротичними змінами кістково-м'язової системи) не дають бажаного результату (міграція металоконструкцій, уповільнена консолидація переломів, прискорення дегенеративних змін у голівці стегнової кістки). Тотальне та субтотальне ендопротезування кульшового суглобу може стати варіантом вибору

у лікуванні даної категорії хворих з можливістю активізації пацієнтів на другу добу післяопераційного періоду з повним навантаженням на прооперовану кінцівку.

Мета: дослідити та проаналізувати віддалені результати ендопротезування кульшового суглобу у людей старшої вікової групи з черезвертлюговими та міжвертлюговими переломами стегнової кістки.

Матеріали та методи: Обстежено 47 хворих літнього та старечого віку (середній вік $74,2 \pm 5,1$ років), котрим було виконано ендопротезування кульшового суглоба в терміні понад 2 роки з приводу вертлюгового перелому стегнової кістки. З даною нозологією жінки склали 85,1% (літня вікова група – 15 (31,9%), старечий вік – 24 (51,1%) та довгожителі – 1 (2,1%)). Частка хворих чоловічої статі – 14,9% (літня вікова група – 3 (6,4%), старечий вік – 4(8,5%)). Обстеженим хворим було виконано тотальне цементне ендопротезування кульшового суглобу – 19 (40,4%), однополосне монополярне ендопротезування – 13 (27,7%), однополосне біполярне ендопротезування – 15 (31,9%). Проведено клініко-рентгенологічне дослідження хворих з оцінюванням результатів за шкалою Харріса.

Результати: У обстежених пацієнтів відсоток відмінних та добрих результатів склав 82,94 (39 хворих), задовільний результат отримано у 7 (14,94%) пацієнтів, незадовільний – у 1 (2,12%). Найкращі віддалені результати отримані нами у випадках використання однополюсних біполярних імплантантів, що, на нашу думку, пов'язано з особливістю конструкції біполярних ендопротезів, коли рух в суглобі здійснюється між півсферами головки, що запобігає руйнуванню хрящової тканини та кісткового шару кульшової западини і в кінцевому результаті пролонгує функціонування біполярного ендопротеза без протрузії кульшової западини.

Висновки: Ендопротезування кульшового суглоба при переломах стегнової кістки у вертлюговій ділянці є методом вибору для людей старшої вікової групи, так як забезпечує ранню мобілізацію хворих, швидке відновлення рухового стереотипу. При задовільному стані кульшової западини перевагу слід надавати біполярному однополосному ендопротезуванню, яке при малій травматичності забезпечує найшвидше функціональне відновлення пацієнтів. При дегенеративних змінах в кульшовому суглобі методом вибору залишається тотальне ендопротезування.

Д.В. Кириєнко, Ю.В. Цундер

ЕКЗОСОМИ, ЯК ПОСЕРЕДНИКИ ПУХЛИННО–СТРОМАЛЬНИХ ВЗАЄМОДІЙ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.В. Машевська (к.м.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Діагностика раку на ранніх стадіях може суттєво вплинути на рівень смертності від онкологічних захворювань. В умовах обмежених ресурсів рак часто діагностується на пізніх стадіях, що призводить до низьких показників виживання і більших витрат на лікування. Навіть у країнах з надійною та налагодженою системою охорони здоров'я багато випадків ракових станів діагностується коли медикаментозне лікування вже не є ефективним. Саме тому вирішення проблеми пізньої діагностики та дороговартісного лікування є настільки актуальними в наш час.

Ціль роботи: Дослідити і популяризувати екзосомальний метод ранньої діагностики раку, а також найсучасніші можливості в його використанні.

Матеріали і методи: джерела мережі інтернет :закордонні наукові статті, публікації, TED-матеріали.

Результати: Екзосоми – це найменші з позаклітинних мембранних везикул, діаметром 40-100 нм. Вони транспортуються із током тілесних рідин і містять білки та РНК, що є легко доступним матеріалом для діагностичного дослідження. Злоякісні клітини не винаходять нічого нового, а лише використовують клітинні механізми, які є надбанням довгих років еволюції. Клітини раку є експертами зі спотворення нормального функціонування оточуючих клітин і роблять вони це саме за рахунок екзосом. Передача онкогенного протеїну від клітини до клітини отримала назву «горизонтальне перенесення онкогену» і є однією зі складових так званого ефекту онкогенного поля. Саме дана властивість цих маленьких тілець використовується для визначення наявності, локалізації та типу злоякісних клітин. А наявність екзосом у всіх біологічних рідинах забезпечує простоту їх забору для дослідження. На сьогоднішній день вчені шукають способи, щоб зробити це обстеження простим і доступним, що забезпечить можливість діагностики раку на самих ранніх стадіях у кабінеті сімейного лікаря протягом 30 хвилин.

Висновки: Вчасне виявлення змін в генетичному матеріалі за допомогою екзосом надасть змогу лікарям успішно подолати хворобу, а не просто стежити за її безжалісним протіканням. Маючи можливість регулярного проведення скринінгу, доступного, неінвазивного, який оперативно надає результат, ми отримуємо потужну зброю у боротьбі з раком. Є тільки одна проблема. Автоматична система швидкого сортування цих важливих біомаркерів наразі нам не доступна. Але учені всього світу плідно працюють над її розробкою.

А.В. Кищенко, А.П. Майструк, О.В. Горовий
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОРАЛОПОДІБНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ

В.І. Горовий (к.м.н., доц.)

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

Актуальність: Незважаючи на впровадження в провідних урологічних клініках України дистанційної літотрипсії та черезшкірної нефролітотрипсії альтернативним методом лікування коралоподібного нефролітазу (КН) залишається відкрите хірургічне втручання (пієлолітотомія, нефролітотомія, анатрофічна нефролітотомія).

Мета: Оцінити результати відкритого хірургічного лікування КН.

Матеріали та методи: За останні 10 років (2007-2016 рр.) в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні відкрите хірургічне лікування з приводу КН виконано 84 хворим: 59 (70,2%) жінкам та 25 (29,8%) чоловікам. За віком хворі розподілились таким чином: до 30 років – 2 пацієнти; 30-39 років – 13; 40-49 років – 24; 50-59 років – 22; 60-69 років – 20; більше 70 років – 3. Односторонній КН був у 75 (89,3%) хворих, двобічний – 9 (10,7%), рецидивний – у 18 (21,4%) пацієнтів. Стадію КН визначали за Н.И. Паливода (1973): I стадія виявлена у 9 (10,7% хворих), II стадія – у 50 (59,5%), III стадія – у 25 (29,8%). Фрагментований КН відмічено у 38 (45,2%) хворих. Органозберігаючі операції виконані у 49 (58,3%) хворих, нефректомія – 35 (41,7%). Характер органозберігаючих операцій залежав від функціонального стану нирки, типу будови миски, наявності фрагментів у чашечках, гідрокалікозу, ступеня витончення паренхіми нирки та інших факторів. Хворим виконано наступні хірургічні втручання: пієлолітотомія у 20 (40,8%) хворих, піелонефролітотомія – 14 (28,6%), парціальна нефролітотомія – 5 (10,2%), анатрофічна нефролітотомія – 9 (18,4%), резекція нижнього полюса нирки та видалення каменя – 1 (2,0%).

Результати: Інтраопераційні ускладнення відмічені у 13 (15,5%) хворих: кровотеча із нирки – 6 (7,1%) пацієнтів, ушкодження плеври – 4 (4,8%), пошкодження мисково-сечовідного сегмента – 3 (3,6%). Після хірургічних втручань з приводу КН померло 3 (3,6%) хворих. Причинами смерті були уросепсис та гнійна інтоксикація у 2 хворих, тромбоемболія легеневої артерії – у 1 хворого. Віддалені результати лікування КН вивчали шляхом повторного обстеження хворих в стаціонарних та амбулаторних умовах. Справжній та хибний рецидив каменів нирок виявили у 20 (40,8%) хворих, їм проводили дистанційну літотрипсію, повторне хірургічне втручання, контактну уретеролітотрипсію та літолітичну терапію.

Висновки: Хворим із КН показано раннє хірургічне втручання. Ускладнення хірургічного лікування КН свідчать про важкість патологічного процесу в нирках і вимагають високої кваліфікації хірурга. Для видалення коралоподібного каменя нирки необхідне застосування різноманітних втручань: від пієлолітотомії до анатрофічної нефролітотомії. При коралоподібних каменях II стадії та внутрішньонирковій мисці найбільші можливості для видалення конкременту забезпечує анатрофічна нефролітотомія. У разі рецидиву каменя нирки необхідно застосовувати сучасні малоінвазивні методи дезінтеграції конкремента.

К.А. Ковалёва

**ЛЕЧЕНИЕ ОДИНОЧНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ
ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ**

Кафедра хирургии №2

П.В. Свирепю (к. мед. н., асс.)

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Актуальность: С внедрением в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ) и спиральной компьютерной томографии (СКТ) значительно увеличилось количество выявляемости больных с паразитарными кистами печени. Современные малоинвазивные методы хирургического лечения кист печени во всем мире получают все большее распространение.

Цель: Оценить результаты хирургического лечения одиночных эхинококковых кист печени (ЭКП) малоинвазивными методами.

Материалы и методы: С 2002 по 2016 года под наблюдением в клинике находилось 32 пациента с солитарными ЭКП. У всех больных был диагностирован первичный эхинококкоз. Размеры эхинококковых кист не превышали 100 мм в диаметре. Возраст больных варьировал от 28 до 72 лет. Среди них мужчин – 11 (34,4%) и женщин – 21 (65,6%). При этом правая доля печени была поражена в 20 (62,5%) случаях наблюдения, а левая – в 12 (37,5%). Сопутствующих поражений других органов эхинококком выявлено не было. Всем пациентам проводился комплекс клинических и инструментальных исследований, включающий общепринятые анализы крови, серологические реакции, рентгенографию грудной клетки, УЗИ и СКТ с болюсным контрастным усилением. Все больные были оперированы после консультации врача-инфекциониста и проведения антипаразитарной терапии.

Результаты: Анализ результатов хирургического лечения показал, что 24 (75%) пациентам была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия с удалением фиброзной капсулы. При этом атипичная (клиновидная)

резекція печени виконана у 9 (37,5%) пацієнтів с периферическим расположением ЭКП. У 7 (29,2%) пацієнтів удалось виконати ехинококкэктомію с фиброзной капсулой без вскрытия просвета. Послеоперационных осложнений не отмечено.

Пункционные методы лечения применены у 8 (25%) пацієнтів с нагноившимися ЭКП. Из них у 6 (75%) больных диагностировано интрапеченочное расположение ЭКП диаметром до 3 см. Методика заключалась в тонкоигольной пункции кисты с аспирацией содержимого и обработкой полости хитиновой оболочки гипертоническим раствором поваренной соли (20-30%). У 2 (25%) пацієнтів виконана чрезкожная пункция и дренирование ЭКП диаметром до 6 см в связи с наличием тяжелой соматической патологии и соответственно высоким операционным риском.

Выводы: 1. Лапароскопическая эхинококкэктомия является эффективным методом лечения в случае удаления фиброзной капсулы. 2. Применение пункционных методов лечения возможно у больных с высоким операционным риском, отказом больного от оперативного вмешательства. 3. Выбор способа хирургического лечения неосложненной эхинококковой кисты печени зависит от локализации кисты, степени операционного риска.

О.С. Ковальчук, М.І. Васенко
**ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНИМИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ**

Кафедра хірургії № 2

Т.В. Форманчук (доц., к.мед.н.), О.В.Гончаренко (доц., к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
М. Вінниця, Україна

Актуальність: Кількість хворих з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) щороку збільшується. Кожна година затримки з моменту госпіталізації до оперативного лікування зменшує на 2-4% показник виживання хворих з перфоративною гастродуоденальною виразкою (BuckDL, 2013). Відповідно, це вимагає ретельного вивчення питання та пошуку ефективних методів діагностики й лікування хворих із зазначеною патологією.

Мета: Проаналізувати результати хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою шлунка і ДПК, ускладненою перфорацією.

Матеріали і методи: Було проаналізовано результати лікування 253 пацієнтів з перфоративною гастродуоденальною виразкою, які з 2010 по 2016 рік перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії та ендоскопії лікарні швидкої медичної допомоги м. Вінниці. При госпіталізації пацієнтам виконували загально клінічні обстеження: розгорнутий аналіз крові біохімічний аналіз крові. Діагностичний алгоритм включав рентгенографію органів черевної та грудної порожнин, ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини, абдоміоцентез, ФГДС, діагностичну лапароскопію. Інтраопераційно виконували забір матеріалу для мікробіологічного дослідження ексудату черевної порожнини. Статистична обробка результатів проводилася за стандартними методами варіаційної статистики з використанням пакетів комп'ютерних програм.

Результати: В перші 6 годин від початку ускладнення було госпіталізовано 169 (76%) хворих, 6-12 годин - 36(14%), 12 - 24 годин - 27 (11%), більше 24 годин - 21(8%). Виразки шлунку склали 124 (49%) випадки, дванадцятипалої кишки 129 (51%) випадків відповідно. У 217 (87%) випадках діагноз був поставлений у приймальному відділенні, у 24 (9%) випадках - повторне обстеження, у 15 (6%) - виконано лапароцентез. 167 (66%) хворих оперовані у перші 6 годин, 35 (14%) - від 6 до 12 годин, 23 (9%) - від 12 - 24 годин, 28 (11%) - більше 24 годин.

У 245 (97%) пацієнтів виконували серединну лапаротомію, 8 (3%) - лапароскопічне ушивання. У 154 (61%) хворих виявлений поширений перитоніт, 78 (31%) - місцевий необмежений, 21 (8%) - місцевий обмежений. По характеру оперативних втручань 121 хворому (48%) було виконане ушивання перфоративного отвору, 112 хворим (44%) виконане висічення виразки за Джаду-Хорслі з пілоропластиком по Гейнеке-Мікулічу, 13 хворим (5%) виконана первинна резекція шлунку за Більрот II. У 7 хворих (3%) при високій кардіальній виразці було виконано драбинчасту резекцію шлунку.

Ріст мікрофлори у ексудаті виявлений у 119 (47%) випадках. Аналіз бактеріологічного дослідження ексудату черевної порожнини показав, що до 6 годин ріст патогенної мікрофлори виявлено у 78 (46%) хворих, до 12 годин - у 22 (61%), до 24 годин - у 21 (78%) і більше 24 годин - у 21 (100%). Неспроможність кишкових швів - у 4 (1,5%) хворих. Летальність - 29 (11,5%) випадків.

Висновки: Термін від моменту перфорації до початку оперативного втручання не може бути єдиним критерієм у виборі методу оперативного втручання. Обсяг і вид оперативного втручання залежали у кожному конкретному випадку від локалізації виразки і стадії перитоніту. Госпіталізація пацієнтів до стаціонару після 24 годин від початку захворювання призвела до 100% летальності, що було спричинене розвитком розлитого перитоніту і виникненням на його фоні синдрому поліорганної недостатності.

В.В. Колісник
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ
НИРКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ**

Кафедра ЛОР-хвороб

Я.П. Грицун (ас.)

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

Актуальність: Одним з життєво небезпечних ускладнень у хворих з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) є кровотечі (носові, шлунково-кишкові, маткові та ін.). Небезпека розвитку кровотеч при ХНН незалежно від першопричини існує завжди. З одного боку, вона обумовлена високим рівнем азотемії і пошкодженням на цьому тлі цілісності слизових оболонок внаслідок компенсаторного виділення через них токсичних речовин (ендо- та екзогенної природи). З іншого - порушеннями в системі гемостазу як в судинно-тромбоцитарній ланці, і по через дефіцит синтезу факторів коагуляції, особливо при поєднанні з печінковою недостатністю. Крім того, проведення гемодіалізу та інших еферентних методів вимагає введення антикоагулянтів, що погіршує ситуацію.

Мета: провести аналіз ефективності методів зупинки носової кровотечі у хворих на хронічну ниркову недостатність.

Матеріали та методи: статистичні дані, архівний матеріал ВОКЛ ім. М.І. Пирогова, збір скарг, даних анамнезу та спостереження за хворими.

Результати: Проаналізовано характер кровотеч у 159 хворих з важкою формою ХНН різної етіології, які перебували на лікуванні у відділенні гемодіалізу протягом останніх 5 років. Геморагічні ускладнення у вигляді кровотеч виникли у 61 хворого (37,6%), з них в першу добу після надходження - у 19 пацієнтів (30,3%) У 42 хворих (69,7%) кровотечі розвинулися на 2-3-му тижні захворювання. Залежно від джерела кровотечі хворі розподілилися наступним чином: стравохідно-шлунково-кишкові кровотечі (27), носові (12), маткові (6), кровотечі з травмованих органів (16). У 2 хворих розвинулася кровотеча з рани в ділянці трахеостоми. Для уточнення локалізації джерела кровотечі виконувалися лікувально-діагностичні заходи: передня риноскопія, задня риноскопія, мезофарингоскопія, ендоскопічні та лабораторні методи дослідження.

Висновки: 1) З урахуванням високої частоти розвитку геморагічних ускладнень у хворих ХНН, проблема їх профілактики та лікування

актуальна і потребує подальшого дослідження.

2) Терапія повинна бути комплексною (загальна і місцева) і індивідуально розробленою, з урахуванням провідних патогенетичних механізмів розвитку геморагічного ускладнення у кожному конкретному випадку.

3) При проведенні гемодіалізу необхідно враховувати негативний вплив на слизові оболонки мікроциркуляторного русла та змін внутрішньо-судинної гідродинаміки.

Д.В. Коноплицький
**ЗНАЧЕННЯ УЗД ТА ДОПЛЕРОГРАФІЇ ГЕМАНГІОМ ЗОВНІШНЬОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ В
ВИБОРІ ТАКТИКИ ЇХ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячої хірургії

О.О. Фомін (д. мед. н., проф.)

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

Актуальність: гемангіоми (ГА) зовнішньої локалізації - найбільш поширені у немовлят та дітей молодшого віку доброякісні пухлини судинного генезу, які зустрічаються у 1,1-2,6% новонароджених, а до кінця першого року життя, цей кількісний показник досягає 10,1%, складаючи таким чином 45,7-50% всіх пухлин м'яких тканин у дітей. Діагностика ГА зовнішньої локалізації не викликає значних труднощів враховуючи значну різноманітність візуальних та пальпаторних симптомів, яка дозволяє легко їх відрізнити серед інших об'ємних утворень шкіри. Однак, не дивлячись на удавану легкість в визначенні діагнозу, у 20-35% дітей результати лікування, на сьогоднішній день, лишаються незадовільними, що на думку деяких дослідників, зумовлене неадекватним визначенням індивідуальних особливостей судинного утворення, особливо його підшкірного компонента. В зв'язку з цим, впровадження неінвазивного ультразвукового метода дослідження ГА набуває особливої важливості на тлі вибору тактики лікування ГА, яка досі не має свого остаточного вирішення, про що свідчить як відмова від лікування з ілюзорною надією на її інволюцію, так і запропонована велика кількість методів лікування.

Мета: покращення результатів лікування гемангіом зовнішньої локалізації у дітей в залежності від ультразвукових характеристик пухлинного утворення.

Матеріали та методи: проаналізовані МКСХ 56 дітей, обох статей, віком до 1 року з ГА зовнішньої локалізації, які знаходились в 2012-2016р.р. на стаціонарному лікуванні в Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Після клінічної оцінки у 50 дітей (89,3%) проведено УЗД ділянки ГА в прямій та боковій проекціях з

відповідним доплерівським картуванням. В процесі обстеження визначалась глибина розташування пухлини, її обсяг та інтенсивність кровотоку. УЗД виконувалось апаратом SonolineAdara SLC 230V фірми «Siemens» з конвексним датчиком, частота 5,0 МГц.

Результати: в 22 випадках (44,0%), коли був виставлений попередній діагноз: «капілярна гемангіома», в 12 (54,54%) з них при УЗД був виявлений підшкірний судинний компонент. В 28 (56,0%) у пацієнтів з діагнозом «кавернозна або комбінована гемангіома» визначався кровоток в судинах пухлини, що її харчують (артеріального, венозного та змішаного характеру). Наявність підшкірного судинного компоненту та додаткового кровотоку в судинах ГА зовнішньої локалізації дозволило визначитися з подальшою лікувальною тактикою, яка повністю виключала метод кріодеструкції. У цих дітей, в залежності від локалізації ГА, були обрані сучасні методи лікування: у дітей з критичною локалізацією ГА використовувалось лікування пропранололом в дозі 2 мг/кг на добу, у решти дітей виконувалось інтратуморальне введення тріамценолону та бетаметазону в співвідношенні 1:1. Лікування зазначених хворих відбувалось під контролем УЗД, при якому визначались зміни метричних параметрів ГА та її судинного компоненту. При неефективності консервативного лікування, під УЗ контролем, застосовувалось хірургічне виділення – 7 дітей.

Висновки: 1. Застосування УЗД для визначення характеристик ГА дозволяє визначити найбільш раціональний метод лікування. 2. Визначення адекватного методу лікування ГА зовнішньої локалізації дозволило в 96,0% досягнути добрих та задовільних функціональних, онкологічних та косметичних результатів лікування.

А.П. Коровчук.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛІКТИЦІ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ З КІСТКОВО-ГНІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

«Сестринська справа»

Свиридюк В.З. (д.мед.н., проф.)

Житомирський інститут медсестринства

м. Житомир, Україна

Актуальність: Проблема внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ) була і є однією з найбільш гострих у сучасній медицині. В Україні, попри загальне визнання проблеми, реєстрація ВЛІ проводиться не в повній мірі та лише в абсолютних показниках, включає не всі можливі нозологічні форми, а оперативна інформація взагалі відсутня, що ускладнює аналіз і прогноз захворюваності за окремими нозологічними формами та в цілому. Однією з актуальних проблем сьогодення є забезпечення достовірної, повної і своєчасної реєстрації всіх нозологічних форм ВЛІ – локальних, системних і генералізованих. Лише за таких умов є можливим аналіз епідемічної ситуації щодо ВЛІ, розробка адекватних профілактичних заходів, впровадження яких допоможе попередити поодинокі випадки та спалахи ВЛІ, суттєво знизивши рівень цих інфекцій.

Мета: дослідити роль медичної сестри у профілактиці внутрішньолікарняної інфекції

Матеріали та методи: Аналіз випадків ВЛІ у відділенні кістково-гнійної хірургії..

Результати: за 2016 рік у відділенні було проліковано 600 хворих, 42 хворих виникла ВЛІ – 6,7%. В структурі спостерігали наступні різновиди ВЛІ: Флебіти внаслідок катетеризації та введення лікарських засобів – 56% Післяінфекційні абсцеси сідниці – 27% Пневмонія – 9% Інфекції сечовидільних шляхів у хворих з політравмою (уростомою) та в тяжких випадках у лежачих хворих з катетеризацією сечового міхура з сечоприймачем – 5% Септичний стан в оперованих хворих після операцій репозиція кісткових уламків металоостеосинтезом 2,5% Інфекції що передаються парантеральним шляхом – 0,5%.

Висновок: структура внутрішньолікарняних інфекцій у відділенні кістково-гнійної хірургії свідчить про те, що їх виникненню значною мірою пов'язано з роботою медичних сестер (операційної, перев'язувальної, маніпуляційної та палатної). У свою чергу, це пов'язано з неповним дотриманням стандартів медичної допомоги через надмірне навантаження (30-35 хворих на одну медичну сестру, у той час як в країнах Євросоюзу на одну медичну сестру аналогічного профілю приходиться 5-6 пацієнтів).

О.Г. Костюк, О.В. Машевська, Н.Л. Годован, В.В. Іович

ДІАГНОСТИКА ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ НЕДРІБНОКЛІТИННИМ РАКОМ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ТАРГЕТНОЮ ТЕРАПІЄЮ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Г. Костюк (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Рак легень є серйозною медичною і соціальною проблемою, оскільки це одна із найбільш часто виявляємих злоякісних пухлин саме на пізніх стадіях. Щорічно в світі реєструється близько 1 мільйона нових випадків раку легень та 60% онкологічних хворих гине в результаті даного захворювання.

На сьогоднішній день використання бевацизумабу, в комбінації з паклітакселом та карбоплатином, є високоефективним стандартом хіміотерапевтичного лікування недрібноклітинного раку легень, схема показала високий результат по медіані подовження життя у пацієнтів з розповсюдженим раком легень. Як відомо, одним

із перших симптомів під час хіміотерапевтичного лікування у таких пацієнтів, є поява ознак гепатотоксичності. На сьогоднішній день недостатньо досліджено вплив таргетної терапії на швидкість розвитку токсичного ураження печінки у хворих з розповсюдженим недрібноклітинним раком легень.

Ціль роботи : оцінити швидкість появи та перебіг гепатотоксичності при лікуванні пацієнтів на рак легень при використанні комбінації таргетної терапії (бевацизумаб) з карбоплатином та паклітакселом та лікування виключно карбоплатином та паклітакселом при введенні раз на 21 день 6 циклів з подальшою підтримуючою терапією бевацизумабом (застосовувалось в групі що отримували таргетну терапію).

Матеріали та методи: проліковано 93 хворих на рак легень, які були розділені на 2 групи: група 1 - бевацизумаб (15мг/кг)+ карбоплатин (AUC 6)+ паклітаксел (200 мг/м²) 50 хворих; група 2 - карбоплатин (AUC 6)+ паклітаксел (200 мг/м²) 43 хворих.

Для оцінки проявів гепатотоксичності використовувались лабораторні показники: рівень АсТ, АлТ, рівень загального білірубіну та лужної фосфатази, оцінка даних показників проводилась кожні 3 тижні протягом 66 тижнів.

Результати: отримані нами дані показали, що інтенсивність розвитку ознак токсичного ураження печінки при оцінці лабораторних показників в групі 1 протягом 66 тижнів була значно нижчою, ніж в групі 2. За період спостереження пацієнтів групи 1 відмічається незначне підвищення рівня АсТ та АлТ (близько 43% від верхньої границі норми), що вперше було зафіксовано на 16 тижні лікування та незначне зростання показників загального білірубіну та лужної фосфатази. В той час як у групі 2 вже на 9 тижні лікування були виявлені перші прояви гепатотоксичності, підвищення показників АсТ, АлТ, лужної фосфатази та загального білірубіну в 2-3 рази від верхньої границі норми.

Висновки: лікування поширеної форми недрібноклітинного раку легень за схемою бевацизумаб в комбінації із карбоплатином і паклітакселом за результатами оцінки біохімічних показників печінкового ураження має менш токсичний вплив на печінку ніж використання схеми паклітаксел та карбоплатин.

Е. В. Костюк

МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии

Ж. В. Берник (д. мед. н., проф.)

Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану

г. Кишинёв, Республика Молдова

Актуальность: Мультикистозная дисплазия почек представляет собой врождённую аномалию развития. Клиническое течение данной аномалии варьирует от бессимптомного течения до проявления симптомов почечной недостаточности и смерти в период новорожденности (в случае двусторонней мультикистозной дисплазии почек). Особое внимание привлекает высокий уровень развития осложнений со стороны контралатеральной почки, риска инвалидизации и показателей младенческой и детской смертности при этой аномалии развития.

Цель. Проанализировать особенности клинико-параclinical диагностики, и выбора тактики лечения пациентов с мультикистозной дисплазией почек с целью последующего усовершенствования подхода к лечению и многопрофильной диагностике данной группы пациентов. Сравнение результатов собственного исследования с результатами, имеющимися в научной литературе.

Материалы и методы: Ретроспективное когортное исследование, основанное на анализе историй болезней 21 пациента, госпитализированных с клиническим диагнозом – мультикистозная дисплазия почек, за период 2014 – 2016 гг. в Национальном научно–практическом центре детской хирургии им. акад. Натальи Георгиу, г. Кишинева, Республики Молдова.

Результаты: Из 21 пациента педиатрического возраста, выделено 14 (66,66%) пациентов мужского пола и 7 (33,33%) женского пола, что составляет соотношение мальчиков и девочек равное 2:1, соответственно. Наблюдается относительно гомогенное территориальное распределение по стране. Средний возраст пациентов составил 2 г., 11 мес. ± 4 г., 6 мес. В отделении урологии проведена диагностика и выполнен план лечения 18 (85,7%) пациентов; в отделении хирургии новорожденных – 3 (14,3%) пациентов. С помощью внутривенной урографии выявлена «немая» почка со стороны локализации аномалии развития; ультразвуковое обследование выявило множественные кисты и отсутствие паренхимы почки; на скинтиграмме соответствующая почка не визуализировалась и функция её не выявлялась. Нефрэктомия/ уретернефрэктомия по показаниям и гистологический анализ материала были выполнены у 16 (76,2%) пациентов. Хирургические вмешательства 3 (14,3%) пациентам отложены в связи с сопутствующими у тех острых респираторных заболеваний, и 2 (9,5%) пациентам не проводились в связи с отказом родителей. У всех прооперированных пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы: Мультикистозную дисплазию почек следует отличать от других кистозных поражений и новообразований почек. Часто наблюдается в ассоциации с генетическими синдромами. Дети мужского пола страдают в 2 раза чаще мультикистозной дисплазией почек, что соответствует данным опубликованным в

научной литературе. Клинико-параклинические критерии диагностики варьируемы. Контралатеральная почка часто осложняется пиелонефритом.

Р.С. Кугот

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ВЕНТИЛЯЦИИ ТРАНСПОРТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМОМ

Кафедра хирургии №2, курс анестезиологии и реанимации

Д.В. Дмитриев (ас., к.мед.н.)

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

г. Винница, Украина

Актуальность: Одной из наиболее сложных и до сих пор еще не решенных проблем раннего послеоперационного периода в хирургической практике детского возраста сопровождающейся интраабдоминальной гипертензией (ИАГ) является острая дыхательная недостаточность.

Цель: Выработать оптимальные параметры вентиляции транспортированных детей с компартмент синдромом.

Материалы и методы: В исследование было включено 87 детей в возрасте от 1 до 10 лет ($6,2 \pm 2,4$) с хирургической патологией, сопровождающейся СИАГ, из них с перитонитом (56 больных – 64,4%), с объемными опухолевыми образованиями (23 пациента – 26,4%), с политравмой (8 больных – 9,2%). Мальчиков среди этих пациентов было 43 (49,4%), девочек 44 (50,6%).

Все пациенты были поделены на две группы: первую группу составили пациенты с перитонитом и политравмой – 64 (73,6%), вторую – дети с объемными опухолевыми образованиями брюшной и грудной полостей – 23 (26,4%). Коррекцию основного заболевания сопровождающегося интраабдоминальной гипертензией (ИАГ) проводили согласно со стандартами хирургического лечения нозологических групп.

Исследование проводилось на следующих этапах коррекции (ИАГ): 1-й этап — дооперационный период, 2-й этап — момент операции, 3-й — первые 24 часа после операции, 4-й этап — 48 часов после операции, 5-й этап – 72 часа после операции.

Всем пациентам проводилась искусственная вентиляция легких аппаратом «HUMILTON C2» в режимах контроля по объему (A/C, SIMV/PSV). Внутривентриальное давление измерялось методом Крона. Для определения нормальных показателей ВБД было проведено измерение внутривентриального давления 100 здоровых детей. Статистический анализ проводился с использованием стандартных методов биометрии с помощью программы «Statistica 5.5».

Результаты: У всех пациентов в дооперационном периоде отмечена суб- или декомпенсация параметров гемодинамики, механики дыхания, что обусловлено высоким уровнем ВБД (ИАГ), причиной повышения которого стал интоксикационный синдром организма при перитоните, значительное уменьшение объема брюшной полости в результате объемных опухолевых образований, а также резкое уменьшение объема брюшной полости при профузных полостных и паренхиматозных кровотечениях. Параметры вентиляции легких на данном этапе, а также в 1-м и 2-м периодах нестабильные, а именно: уменьшение динамического комплайенса (C_{dyn}) в обеих группах в 2,8 раза ($5,52 \pm 0,4$ мл./см.Н₂O/кг), а также отмечался рост резистентности (Rpt) в 2,44 раза от нормы ($773,0 \pm 9,8$ смН₂O/л/кг) с увеличением PIP до высоких цифр 24 – 28 см.вод.ст. и максимальными изменениями показателей на графическом мониторе. Показатели гемодинамики также превышали верхнюю границу нормы, что проявлялось в уменьшении УО ($53,7 \pm 4,5$ мл), вариации в широком диапазоне показателей АДсрен., ЦВД. Снижение КДО ($51,8 \pm 4,3$ мл), КСО ($37,3 \pm 3,0$ мл).

Выводы: Стабилизация показателей гемодинамики и механических свойств легких происходит к 48,3 ± 10,4 часов после устранения основной причины возникновения интраабдоминальной гипертензии, когда уменьшается выраженность интраабдоминальной гипертензии и снижения ВБД. Показатели SpO₂ находились не ниже 95% на всех этапах исследования.

В.А.Кузьміна, О.В. Аббасова

ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕТАФІЛАКТИКА СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Кафедра урології

Р.К.Балацький (д.мед.н.,доц.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сечокам'яна хвороба — найбільш поширене урологічне захворювання, що характеризується частим раннім рецидивуванням. Хворі на сечокам'яну хворобу складають 30 – 45% всіх урологічних хворих. Гостро стоїть питання профілактики, раннього виявлення і своєчасного лікування нефролітазу, станів і захворювань, що призводять до розвитку СКХ, і підвищення ефективності протицидивного лікування. За останні 10 років показник поширеності в країні зріс із 200 до 300 на 100 000 населення. Одночасно в 1,4 рази збільшився рівень смертності. З урахуванням найбільш небезпечного для повторного рецидивування періоду — до півроку після видалення каменю, виникла необхідність посилення комплексу ранньої метафілактики СКХ.

Мета: Поліпшити якість протирецидивного лікування хворих на СКХ шляхом удосконалення ранньої метафілактики, за рахунок застосування слабомінералізованої води в умовах урологічного стаціонару в найближчий період після видалення каменю.

Матеріали та методи: Робота складається з експериментальної та клінічної частин. Експериментальна частина: вивчення своєчасного лікування хронічного пієлонефриту, лікуванні порушень обміну, які призводять до каменеутворення, відновленні порушеного пасажу сечі. У дослідженнях використовували консервовану лужну слабомінералізовану воду, діету, медикаментозне лікування, де застосовувалися ліки групи спазмолітиків, урикостатики, сечогінні, солерозчинні препарати, уролітики, з фітотерапією, протизапальним лікуванням. При виконанні клінічної частини роботи у відділі сечокам'яної хвороби було проліковано 163 хворих, з них жінок 65, чоловіків 98. Вікові межі від 30 до 65 років. Пієлолітомія була проведена в 64 хворих, уретеролітоекстракція в 25 пацієнтів, екстракорпоральна ударно хвильова літотрипсія у 53 хворих, у 21 - конкременти відійшли самостійно протягом 3 місяців до обстеження. Для об'єктивізації отриманих даних у якості контролю вивчалися 3 групи з 53 чоловік.

Результати: Обстеження всіх 216 пацієнтів включало загальноприйнятні методи ведення урологічного хворого: клініко-лабораторні, біохімічні, мікробіологічні, рентгенологічні й ізотопні. Результати лабораторних досліджень показали, що в більшості хворих досліджуваних груп (83,2%) реакція сечі була кислою. Показники загального аналізу крові не вказували на наявність явного запального процесу. Зміни біохімічних показників залежали від виразності ниркової недостатності та електролітних порушень.

Висновки: Застосування комплексної ранньої метафілактики курсом консервованої мінеральної води приводить до нормалізації показників функції нирок до 6 місяця після видалення конкременту, знижує частоту рецидивного утворення з 30–40% до 3,7% протягом року після видалення конкременту, коли ризик рецидивування найбільш високий.

О.О. Ларін, Р.М. Чернопищук, В.Ю. Войтков

СПОСІБ ФОРМУВАННЯ СКОЛІОТИЧНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ХРЕБТА (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Кафедра дитячої хірургії

В.В. Погорілий (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сколіотична хвороба достатньо складне і поширене ортопедичне захворювання. Частота розповсюдження сколіотичної хвороби у підлітків 10-16 років складає 2-3%. Деформація понад 20 градусів зустрічається у 0,3%-0,5%, а деформації понад 40 градусів до 0,1%. Оскільки прогресування сколіозу відбувається в період росту дитини, то чим молодший пацієнт, тим більша деформація на момент завершення росту [Корж М.О., 2014]. Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених проблемам дитячої ортопедії, хірургії хребта, а саме питанню сколіозів, в сучасній літературі не набули широкого висвітлення експериментального формування сколіозу, що визначає актуальність запланованої роботи.

Мета: Створення експериментальної моделі сколіозу.

Матеріали та методи: Експериментальне дослідження виконано на 30 каченятах, породи *mulard*, віком 21 доба, 15 осіб чоловічої та 15 осіб жіночої статі, масою 500±60г., після отримання дозволу локального комітету з біоетики. В стерильних умовах операційної віварію ВНМУ ім. М.І. Пирогова, під загальним знеболенням (внутрішньовенно - кетамін 25 мг/кг маси тіла) проводилась рентгенографія хребта в передньо-задній та бічній проекціях. Доступом до 3 см в проекції остистих відростків розсікалась шкіра, м'які тканини розводились тупим шляхом, за допомогою распатора праворуч від хребта відшаровувалось окістя з м'язом випрямлячем спини, між поперечним і остистим відростком проводилась остеоперфорація на глибину 5 мм в двох сусідніх хребцях, накладалась титанова міні-пластинка системи DCP та гвинти, що між собою фіксували два сусідніх хребця Th5-Th6. Рана пошарово ушивалась. Накладалась асептична пов'язка. Кожній прооперованій тварині в перший тиждень експерименту виконувались перев'язки. Протягом перших 5 днів після оперативного втручання тварини отримували курс антибіотикотерапії, знеболення та збалансоване харчування комбікормом, для відповідної вікової групи.

Результати: Строк спостереження склав 56 днів після операції. Рентгенографічні дослідження хребта дослідних тварин проводились у фронтальній та сагітальній площині за методом Кобба, а також у горизонтальній площині за методикою Раймонді. Оцінювались рентгенограми на 0, 14, 28, 42 та 56 добу експерименту. На отриманих рентгенограмах відмічалось формування і подальше прогресування сколіотичної деформації.

Висновки: В роботі представлена нова експериментальна модель сколіотичної деформації хребта за рахунок диспропорційного навантаження на різні відділи тіла хребця, що призводить до формування клиновидності хребців і як наслідок утворення деформації у фронтальній, сагітальній та горизонтальній площині. Запропонований спосіб простий та доступний у відтворенні. Відтворюваність моделі становить 100 %.

О.С. Лемешов

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ МЕТОДОМ ЕПІКАРДІАЛЬНОЇ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ АНАТОМІЧНИХ ЗОН ГАНГЛІОНАРНИХ СПЛЕТІНЬ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ ПІД ЧАС АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

О.І. Мітюк (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Фібриляція передсердь відноситься до найпоширеніших стійких порушень ритму. Ішемічна хвороба серця (ІХС) в поєднанні з фібриляцією передсердь зустрічається приблизно у 35% хворих. Основні прогностичні несприятливі фактори, пов'язані з фібриляцією передсердь, - загроза розвитку тромбоемболічних ускладнень, розвиток і / або прогресування серцевої недостатності, зниження якості життя. Фібриляція передсердь є причиною 14,5% всіх ішемічних інсультів. Летальність при фібриляції передсердь у 2-2,5 рази перевищує таку у хворих з синусовим ритмом. Незважаючи на досягнутий прогрес у вивченні патогенезу цього порушення ритму, ефективність медикаментозного лікування фібриляції передсердь часто не перевищує 40%.

Мета: вивчення ефективності безпеки епікардіальної радіочастотної абляції анатомічних зон гангліонарних сплетінь лівого передсердя під час аорто коронарного шунтування.

Матеріали та методи: проаналізовані сучасні літературні джерела, опубліковані не пізніше 5 років. Пацієнтам виконувалося АКШ в поєднанні з епікардіальною радіочастотною абляцією анатомічних зон гангліонарних сплетінь лівого передсердя.

Результати: Виконання операції, спрямованої тільки на корекцію коронарної недостатності, на жаль, не призводить до лікування від фібриляції передсердь. Більше того, при наявності епізодів фібриляції передсердь в анамнезі значно збільшується ризик її виникнення в ранньому післяопераційному періоді. Так, навіть при відсутності фібриляції передсердь до операції у 30% пацієнтів, які перенесли операцію АКШ, виникають пароксизми фібриляції передсердь в перший тиждень після операції. У хворих на ІХС такі пароксизми фібриляції передсердь з тахисистолією ще більше порушують коронарний кровотік і посилюють ішемію міокарда. Вважається, що в пусковому механізмі розвитку пароксизмів фібриляції передсердь велику роль відіграє вегетативний вплив на серце. В даний час існують кілька методів катетерної і хірургічної абляції при фібриляції передсердь, частина з яких направлена на тригер і / або субстрат фібриляції передсердь. Згідно даних літератури найбільш ефективним є епікардіальна гангліонарна радіочастотна абляція сплетення ефективність якої в ряді досліджень сягає 70%-90%. В групі пацієнтів з ревматичними захворюваннями ефективність наближається до 100%, в порівнянні з ревматичними захворюваннями, де середній показник складає 78,4%. Можна констатувати ряд переваг зазначеного підходу: не порушується поширення синусового збудження по лівому передсердю, відсутні лінії абляції по задній стінці лівого передсердя, внаслідок зменшення абляційних ліній знижується ризик розвитку інцизійних аритмій після операції. При порівнянні різноманітних результатів локалізацій абляції достовірних даних виявлено не було.

Висновки: Епікардіальна радіочастотна абляція анатомічних зон гангліонарних сплетінь лівого передсердя ефективним і безпечним методом лікування фібриляції передсердь у хворих на ішемічну хворобу серця та забезпечує високу частоту відновлення синусового ритму у хворих на ішемічну хворобу серця з фібриляцією передсердь в післяопераційному періоді.

О.А. Літун

ОСТЕОПОРОЗ ХРЕБТА: ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗОЛЕДРОНОВОЇ КИСЛОТИ В ЛІКУВАННІ ТА ПОПЕРЕДЖЕННІ ПЕРЕЛОМІВ ХРЕБЦІВ

Кафедра травматології та ортопедії

А.В. Макогончук (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З кожним роком проблема остеопорозу набуває все більшої актуальності. Частота захворюваності на остеопороз зростає з віком, а пов'язані з ним проблеми зростають відповідно до збільшення тривалості життя. Особливо гостро ці проблеми проявляються у жінок. Сьогодні середньостатистична жінка України доживає до 70 років, а це означає, що більше 20 років її життя припадає на постменопаузальний період та період пришвидшеної втрати кісткової маси. Внаслідок цього суттєво зростає ризик переломів кісток, насамперед, тіл хребців, зап'ястку та шийки стегнової кістки.

Мета: дослідити ефективність та золедронові кислоти в лікуванні остеопорозу та попередження виникнення нових вертебральних переломів у пацієнтів з остеопоротичними переломами хребта.

Матеріали та методи: 15 пацієнтів з остеопоротичними переломами тіл хребців після вертебропластики виконаної в нейрохірургічному відділенні Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Юценка. Пацієнти основної групи (10 чол.) отримували золедронову кислоту в дозі 4 мг на тлі базисної терапії

препаратами кальцію. Пацієнти контрольної групи (5 чол) отримували препарати кальцію. Для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) застосовувалася двофотонна рентгенівська денситометрія (DEXA) до прийому золедронові кислоти, через 3 та 6 місяців після застосування препарату.

Результати: Після одноразового введення золедронові кислоти в дозі 4 мг у 3 пацієнтів вже через 3 місяці спостерігалось збільшення МЩКТ на 4,2%, у 5 пацієнтів зростання МЩКТ на 4,7% спостерігалось через 6 міс після прийому препарату. У 2 пацієнтів основної групи МЩКТ впродовж 6 міс залишилася незмінною. Впродовж терміну спостереження в основній групі нових переломів тіл хребців не спостерігалось. Що стосується контрольної групи, то у всіх пацієнтів спостерігалось вірогідне зниження МЩКТ (4,8%). В групі контролю за 6 міс у 3 пацієнтів виникли нові переломи тіл хребців. Серед пацієнтів основної групи у 4 осіб спостерігалися побічні ефекти препарату у вигляді помірних грипоподібних явищ.

Висновки: золедроніва кислота розглядається сьогодні як ефективний метод лікування остеопорозу хребта різного генезу як у жінок, так і у чоловіків. Зниження ризику повторних переломів при застосуванні золедронові кислоти досягається шляхом стабілізації МЩКТ в хребті і трабекулярних ділянках інших кісток. Виражена кісткопротективна здатність препарату в поєднанні з його хорошою переносимістю, висока прихильність до терапії висуває золедронову кислоту в ряд найбільш ефективних препаратів, що застосовуються в лікуванні остеопоротичних переломів тіл хребців.

О.О. Лукіянець, В.В. Мартюк

СТАН ТА ФУНКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ КУПРИКА

Кафедра дитячої хірургії

В.С. Коноплицький (д. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: провідним симптомом при травмі куприка є стійкий больовий синдром, а також порушення акту дефекації, так як до куприка прикріплюються м'язи та зв'язки, які приймають участь в функціонуванні дистальних відділів товстої кишки. М'язи діафрагми тазу формують м'яз підйімач відхідника, а відхідниково-куприкова зв'язка (ВКЗ) влітається в волокна сфінктера прямої кишки (ПК).

Мета: визначення функціональних порушень ВКЗ при травматичних пошкодженнях куприка та після його видалення.

Матеріали і методи дослідження: аналізу підлягали 30 МКСХ, які знаходились на обстеженні та лікуванні в клініці дитячої хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова в період з 2008 по 2016 р.р. Всім хворим проведено зовнішній огляд, пальпація крижово-куприкової ділянки, пальцьове дослідження ПК, ректороманоскопія, консультації невролога, гінеколога, уролога, рентгенологічне дослідження куприка в боковій проекції, при необхідності СКТ.

Результати: Серед пацієнтів переважали дівчата – 46 (92,0%). Середній вік пацієнтів – 14.0±1.0 р. При рентгенологічному дослідженні дистальних відділів хребта ануляція куприка у хворих була меншою норми і складала 116,1±3,1° проти 150,6±3,7° в нормі, що в свою чергу свідчило про ослаблення пружності ВКЗ та зміну аноректального кута (АРК). Провідною скаргою була кокцигодія, яка посилювалась в сидячому положенні, у 20 (40,0%) мала іррадіацію в попереково-крижовий відділ та у 8 (16,0%) в нижні кінцівки, порушення акту дефекації у 12 (24,0%) пацієнтів в термін спостереження до 2-х років після отримання травми. Видалення куприка, було проведено у 15 (30,0%) дітей. В післяопераційному періоді 9 (60,0%) дітей скаржились на утруднений та тривалий акт дефекації, що не приносило відчуття повного спорожнення ПК, а у 4 (26,66%), в термін від 6 місяців до 1 року після оперативного втручання, відмічались явища енкопрезу I - II ст. Для корекції запропоновано спосіб відновлення функціональної здатності ВКЗ: після ретроградного видалення куприка з оточуючими тканинами, виділений куприковий кінець ВКЗ шляхом накладання двох "П" - подібних швів фіксували до латеральних відділів V крижового хребця в проекції крижово-куприкового з'єднання для корекції АРК.

Пластика ВКЗ за запропонованим способом виконана у 15 хворих. На оглядах в термін до 3-х місяців після операції скарги на порушення акту дефекації, енкопрез – відсутні.

Висновки: 1. У дітей з травматичним ушкодженням куприка в більшості випадків (90,0%), за рахунок зменшення його ануляції та збільшення величини АРК формуються стійкі порушення функції ВКЗ. 2. Відновлення фіксації з'єднання ВКЗ з куприком після її інтраопераційної руйнації дозволяє створити умови для її фізіологічного функціонування, що в свою чергу сприяє профілактиці порушень акту дефекації.

П. К. Мальований
РОЛЬ СИМУЛЯТОРА ШКІРИ У ПРАКТИЦІ МОЛОДИХ ХІРУРГІВ

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії

М.В. Бурков (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні з метою відпрацювання навичок виконання хірургічного розрізу, накладання хірургічного шва, зокрема внутрішньошкірного, та зав'язування хірургічних вузлів використовують велику кількість маніпуляторів та тренажерів, у тому числі і трупний матеріал. Вони характеризуються швидким зношенням робочих частин та пов'язані зі значними фінансовими витратами. Крім того, вони не завжди відповідають фізичним характеристикам та властивостям біологічних тканин. Трупний матеріал створює додаткові незручності при використанні і не є широкодоступним.

Ціль: Створення синтетичного імітатора шкіри, який буде забезпечувати багаторазовість використання завдяки міцності та еластичності матеріалу та швидкий доступ для тренування у будь-якому місці.

Матеріали та методи: Найближчим за технічною суттю прототипом даної корисної моделі є деклараційний патент на корисну модель № 102515 від 10.11.2015., автори: Іванов О.О., Потій В.В., Решетняк А.О., Шевченко О.Р., Рибарчук А.В., Чобан В.Р., Уличний В.І. Цей тренажер для накладання хірургічного шва має основу, два фіксатори. На основі є вигнута платформа, на якій розміщено пошарово імітатори м'язів, поверхневої фасції, судин та нервів, підшкірно-жирової клітковини та шкіри. Однак наведений тренажер має певні недоліки: імітатори біологічних тканин в даній моделі виготовляються з поролону та поліетилену, що за фізичними властивостями та консистенцією значно відрізняються від біологічних тканин; робочі частини характеризуються швидким зношенням та потребують регулярної заміни.

Результати: Ми створили тренажер під назвою «Симулятор шкіри», та запатентували його на корисну модель № u 2017 01084. Принцип роботи тренажера полягає у тому, що за допомогою скальпеля відпрацьовують техніку хірургічного розрізу, пошарового ушивання рани та формування хірургічних вузлів. Фізичні властивості, консистенція імітаторів, товщина шарів наближаються до показників відповідних біологічних тканин, що дозволяє раціонально відпрацьовувати прецизійну техніку хірургічних, зокрема внутрішньошкірних, косметичних швів студентами та лікарями-інтернами на практичних заняттях.

Висновки: Отже, отриманий тренажер дозволяє відпрацьовувати техніку накладання різних типів швів, є матеріально доступним для широких мас (порівняно з іншими аналогами) та довговічним у використанні, що робить запропонований симулятор шкіри незамінним помічником у повсякденному навчанні студентів-медиків.

Н.В. Малюта, Ю.В. Качур

ЗАКРИТА ТРАВМА ЖИВОТА З УШКОДЖЕННЯМ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ

Кафедра хірургії №2

В.В. Балабуєва (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У наш час, період урбанізації, техногенних катастроф, зростання кримінального травматизму, тероризму, механічні пошкодження стали не лише медичною, а й соціальною проблемою, що завдає значних економічних втрат країні. Закрита травма живота є однією з найважчих напрямів у невідкладній хірургії, це пов'язано зі складністю діагностики пошкоджень внутрішніх органів та визначення вибору тактики лікування.

Мета: Проведення структурного аналізу історії хвороб із закритою травмою живота, травмою печінки, підшлункової залози та селезінки за 2014-2017 рр.

Матеріали та методи: У нашій роботі провели ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів із закритою травмою живота у клініці хірургії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова за період з 2014 по 2016 рр.

Результати: Налікуванні перебувало 188 хворих, з них чоловіків — 105 (56%), жінок — 83 (44%), середній вік яких склав $43,8 \pm 3,4$ року. У структурі пошкоджень найбільше виявлено травматизацію внаслідок ДТП — 71% (133 хворих), побутові травми склали 29% (55 хворих). У 26 постраждалих (14,1%) діагностовано — пошкодження печінки. В стані алкогольного сп'яніння різного ступеня госпіталізовано 50 травмованих (26,5%). До 6 год з моменту травми госпіталізовано 154 постраждалих (82%). При поступленні стан пацієнтів був середньої тяжкості (46%), важким (39%) та вкрай важким (15%).

Згідно стандартів в діагностиці травм печінки застосовували клінічний і біохімічний аналізи крові. У загальному аналізі крові була виявлена анемія середнього та тяжкого ступенів. При поєднаному пошкодженні печінки та підшлункової залози в біохімічному аналізі крові було виявлено підвищення рівня амілази у крові. Застосування ультразвукового та ендовідеохірургічного дослідження сприяло скороченню доопераційного періоду. При УЗД ОЧП звертали увагу на розміри, топографію, контури, стан поверхні печінки, селезінки, підшлункової залози, наявність та кількість вільної рідини в черевній порожнині.

Висновки: Важкий стан пацієнтів та високі показники летальності зумовлюють подальші дослідження щодо удосконалення діагностики та лікувальної тактики у пацієнтів із закритою травмою живота.

Р.В. Мамедов

ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ПОДВОЄННЯМ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Кафедра дитячої хірургії

В.П. Притула (д.мед.н., проф.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Подвоєння травного тракту (ПТТ) у дітей - рідкісна вада розвитку, яка зустрічається з частотою 1 до 4500 випадків всіх аномалій травного тракту. Невстановлений діагноз таких подвоєнь може стати причиною невірно вибраної хірургічної тактики.

Мета: вивчити найбільш ефективні методи хірургічного лікування дітей з ПТТ.

Матеріали та методи: В клініці хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О.Богомольця на базі НДСЛ «Охматдит» (м. Київ) з початку 1999 року до січня 2017 року знаходилось на лікуванні 59 дітей з ПТТ, в віці від 6 місяців до 18 років. Кістозний тип подвоєння виявлено у 44 (74,58%) дитини, дивертикулярний – у 9 (15,25%) і тубулярний – у 6 (10,17%).

Результати та обговорення. Всім дітям проведено хірургічне лікування в залежності від локалізації дублікації. При подвоєнні торакальної частини стравоходу виконали торакотомію (n=3) або торакоскопію (n=2) з видаленням подвоєної частини стравоходу. У дітей з подвоєнням абдомінальної частини стравоходу виконали лапаротомію (n=5) та лапароскопію (n=2), видалення подвоєної частини стравоходу з фундоплікацією за Ніссеном (n=5) або Талем (n=2).

Дітям з подвоєнням шлунку зроблено лапаротомію (n=8) чи лапароскопію (n=4) та субсерозно видалено подвоєння із зашиванням дефекту.

При кістозному подвоєнні шлунку і дванадцятипалої кишки виконано резекцію шлунку за Більрот-1 (n=1) та субсерозне видалення кістозного подвоєння із зашиванням дефекту (n=2).

При подвоєнні дванадцятипалої кишки (n=7) висічено кісти із зашиванням дефекту стінки.

При довгих формах подвоєння тонкої кишки (n=8) доцільними вважали економну резекцію кишки разом з ділянкою подвоєння і накладання анастомозу кінець-в-кінець. При коротких формах подвоєння (n=3) вдавалися до клиноподібної резекції кишки. В однієї дитини ефективною була енуклеація подвоєного відділу тонкої кишки. При подвоєнні термінального відділу клубової кишки (n=1) та при подвоєнні сліпої кишки (n=2) проводили резекцію подвоєння з інвагінаційним тонко-товстокишковим анастомозом.

В усіх пацієнтів з подвоєнням товстої та прямої кишок (n=9) проводили етапне хірургічне лікування з видаленням ураженого відділу кишечника.

Віддалений період в усіх пацієнтів протікав благоприємно. Діти – практично здорові із доброю якістю життя.

Висновки: ПТТ рідкісна хірургічна вада розвитку, кінцевий діагноз якої встановлюється під час операції. Характер хірургічного втручання при ПТТ у дітей залежить від локалізації, розмірів і анатомічної будови подвоєння.

Я.І. Марчевська

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТИМУСА

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

С.А. Лисенко (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пухлини тимуса є однією з рідкісних патологій в онкології. У 80% випадків – це злоякісні новоутворення, тому лікування хворих має бути максимально радикальним. Основним методом лікування є хірургічне видалення пухлини, яке направлене на висічення неоплазії та усунення компресії сусідніх структур. Консервативне лікування пухлин тимуса включає хіміотерапію та променеву терапію. Новоутворення, яке не піддається повному видаленню, піддається лікуванню брахітерапією, фотодинамічною терапією або гамма-ножем.

Мета: Провести аналіз та виявити особливості в лікуванні хворих з пухлинами тимуса.

Матеріали та методи: Був проведений статистичний аналіз методів лікування хворих з різними гістологічними типами пухлин тимуса на матеріалах 13 хворих, які знаходилися на діагностиці та лікуванні у профільних відділеннях (торакальне, хіміотерапевтичне та відділення променевої терапії) Вінницького обласного онкологічного диспансеру протягом 2010-2016 років.

Результати: Виявлено, що із загальної кількості 13 хворих із пухлинами тимуса лише двом пацієнтам (15,38 % від загальної кількості хворих – гістологічний тип тимомма В2) було проведено хірургічне видалення пухлини. Всього хворим було виконано радикальне лікування, що поділялось на 2 різновиди. Перший – це комплексне радикальне лікування (комбінація хірургічне лікування + хіміотерапія + променева терапія), яке було виконане

4 хворим з такими гістологічними типами пухлин тимуса як тимоми В1 (1), В2 (1), плоскоклітинний (1) та мукоепідермоїдний (1) рак, що складало 30,77 %. І другий різновид – комбіноване лікування, яке включало хірургічне лікування та променеву терапію, – у 4 хворих з тимомою типу А (1) та хворих з плоскоклітинним раком (3), що складало 30,77 %. Трьом хворим (23,08 %) з плоскоклітинним раком (2) та семіномою (1) було виконано консервативне протипухлинне лікування, яке поєднувало хіміотерапію та променеву терапію.

Висновки: В результаті проведеного статистичного аналізу методів лікування хворих зі злоякісною патологією тимуса було встановлено, що їх лікування безпосередньо залежить від гістологічного типу пухлини.

Т.О. Мельник, В.В. Медяна

НОВІ ПРЕДИКТОРИ ВАЖКОСТІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра хірургії № 2

С.І. Саволук (д. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

м. Вінниця, Україна

Мета: оцінка діагностичних можливостей показників системи еритроноу та обміну заліза при гострому некротичному панкреатиті (ГНП) від важкості морфологічних змін.

Матеріали та методи. В роботі аналізуються результати лікування 72 хворих на ГНП: відокремлений 38 (53%) (до 30% некрозу), розповсюджений 23 (32%) (30-50% некрозу), субтотально-тотальний 11 (15%) (> 50% некрозу). Для оцінки еритроноу визначали кількісні (RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, CHr) та якісні характеристики еритроцитів (проникність мембран еритроцитів - сорбційна здатність, еритроцитарний індекс інтоксикації, форма – здатність до деформації та до агрегації); обмін заліза: Fe, феритин (Фр) (оцінка вмісту Fe в депо), трансферин (Тр) та ступінь його насичення (НТЗ), розчинні рецептори до Тр та відношення їх концентрації до log Фр.

Результати. Порівняння показників хворих з набряковою та некротичною формами гострого панкреатиту констатувало функціональний залізодефіцитний стан - мікроцитоз (MCV < 80 мкм³), гіпохромія (MCH < 27 пг) та значенням Фр в межах 100-300 мкг/л на тлі зниження НТЗ < 20%, що свідчить про достатню кількість та фіксацію Fe в депо, що вимагає гемореологічної та гіповолемічної корекції (патент № 7157 - схема: Берлітiон® + Цибор®). Виникнення некрозу різної площини супроводжується ознаками абсолютного залізодефіцитного стану. Відокремлена форма ГНП характеризується ознаками залізодефіцитної анемії: зниження Фр (<100 мкг/л), НТЗ < 20% (18%), Fe, підвищення Тр та кількості розчинних рецепторів до Тр, відношення концентрації розчинних рецепторів Тр до log Фр > 2 (високе); розповсюджена форми ГНП - прояви залізодефіцитної анемії прогресують внаслідок імунного дистрес-синдрому (анемія хронічного запалення); субтотально-тотальна форма ГНП - абсолютний залізодефіцит поглиблюється через зростання цитокінової активності.

Висновки. 1) Перебіг ГНП супроводжується змінами в системі еритроноу та обміну заліза, зміняючих залежить від морфологічної форми, ступеня ендотоксемії та органних дисфункцій (печінки як основної мішені токсично-мікробної агресії). 2) Включення до стандарту консервативної терапії ГНП системного метаболічного коректора (Берлітiон®) та НМГ (Цибор®) відновлює порушення функцій печінки та гомеостазу.

О.О. Мельник, О.В. Жураховська

ЦИТОГЕНЕТИКА РАКУ. НОВІ ПІДХОДИ У ВИЗНАЧЕННІ ХРОСОМНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ В ЛІМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ОНКОХВОРИХ

Кафедра онкології

В.М. Шкарупа (доц., к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Вступ. Підвищений рівень аберацій хромосом в соматичних клітинах людини вважається фактором ризику канцерогенезу [Radford I.R., 2000; S. Bonassietal., 2004]. Разом з тим, аналіз даних літератури вказує на неоднозначність зв'язку між частотою аберацій хромосом в лімфоцитах периферичної крові людини та захворюванням на рак при різних етіологіях, зокрема при раку щитоподібної залози (РЩЗ). Одним з нових підходів у цьому напрямку може бути статистичний аналіз поклітинного розподілу аберацій.

Мета. Аналіз особливостей поклітинного розподілу аберацій хромосом в культурі лімфоцитів периферичної крові хворих на РЩЗ.

Матеріали і методи. Аналіз даних літератури щодо хромосомної нестабільності в лімфоцитах периферичної крові хворих на РЩЗ. Верифікація даних щодо поклітинного розподілу аберацій. Статистичний аналіз на відповідність експериментальних даних розподілам Пуассона (П), геометричного (Г) та їх компаунду (П+Г) і визначення параметрів моделей.

Результати. За результатами досліджень в українській популяції [Shkarupa V.M., 2016] середньогрупова частота пошкоджень хромосом в лімфоцитах хворих на РЩЗ та здорових осіб достовірно не відрізнялись (3,73 та 2,61 аберацій/100 клітин, відповідно). Статистичний аналіз виявив, що найбільш адекватно поклітинний

розподіл аберацій хромосом у хворих на РЦЗ описувався не одним з дискретних розподілів - Пуассонівським (П) чи геометричним (Г), а їх компаундом (П+Г). В основі останньої моделі лежить припущення про існування двох субпопуляцій клітин. Вважають, що такий тип розподілу є наслідком мутацій в генах, які відповідають за репарацію та реплікацію. Частка субпопуляції клітин з Г-розподілом для хворих на РЦЗ становила 18,92%, в контрольній групі - 5,8%. Аналогічні результати були отримані при статистичному аналізі даних, отриманих в португальській популяції [О.М. Giletal., 2000]. При цьому слід зазначити, що за результатами статистичного аналізу даних літератури щодо здорових осіб, частка Г-субпопуляцій більшості випадків не перевищувала 1-2%, що вказує на підвищений рівень «прихованої» хромосомної нестабільності у хворих на РЦЗ.

Висновки. Популяція лімфоцитів периферичної крові хворих на РЦЗ характеризується високою, порівняно із здоровими особами, теоретично очікуваною часткою субпопуляції клітин з підвищеним рівнем хромосомної нестабільності, в якій виникнення аберацій має не випадковий характер.

О.О. Мельник, О.В. Жураховська
ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

І.В.Павлик (доц., к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діагностика захворювань підшлункової залози є однією з актуальних проблем медицини. Це обумовлено відсутністю патогномічних клінічних симптомів на ранніх стадіях захворювання, що призводить до помилкових діагнозів, особливо щодо хронічного панкреатиту. Золотим стандартом діагностики фіброзу підшлункової залози (ПЗ) є біопсія з морфологічним дослідженням. Проте неможливість оцінки до оперативного втручання унеможливило використання біопсії в широкій клінічній практиці. Це мотивувало до пошуку нових неінвазивних методів діагностики. Серед інструментальних найбільш перспективних сьогодні для клінічного застосування є методи визначення жорсткості або еластичності тканини ПЗ (еластометрія).

Мета: Здійснити оцінку фіброзу підшлункової залози (ПЗ) до операційно за допомогою апарату «FibroScan» і пов'язати даними комп'ютерної томографії (КТ).

Матеріали та методи : Обстежено 26 хворих, які проходили стаціонарне лікування на базі хірургічного відділення Вінницької центральної районної лікарні, серед них 8 пацієнтів з ускладненим хронічним панкреатитом (ХП), 12 неускладненим ХП і 6 контрольна група. Пацієнтам було проведено КТ дослідження ПЗ і еластометрію за допомогою «FibroScan».

Результати: Ми дослідили, що пацієнти з формами ХП які підлягають оперативному лікуванню мають ступінь фіброзу вищий ніж в пацієнтів з ХП на фоні жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ), однак група пацієнтів з збільшенням розмірів ПЗ має менший фіброз ніж пацієнти з ХП з розширенням проток однак більший ніж з ЖКХ. В залежності від ступеня фіброзу, визначеного за допомогою апарату «FibroScan», у хворих з типом болю А були показники менші ніж з типом В.

Висновки: Оцінка фіброзу за допомогою апарату «FibroScan» дає можливість використання даного методу не тільки для визначення фіброзу печінки, а й для підшлункової залози. Також було встановлено чіткий позитивний кореляційний зв'язок між типом больового синдрому, даними КТ та даними еластометрії. В результаті нашого дослідження, ми прийшли до висновку, що ХП зі збільшенням ПЗ з больовим синдромом типу В та даними еластометрії 20-22 КПа є показом до операції Izbicky.

Я.О.Мельничук, Г.М.Мазур, Б.В.Кабиш

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ СИМПАТОМІМЕТИКІВ ПРИ ВАЖКОМУ ПЕРЕБІГУ СЕПТИЧНОГО ШОКУ

Кафедра хірургії №1, курс анестезіології і реаніматології

М.Л. Гомон(д.мед.н. доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Септичний шок супроводжується гіпотензією, високим рівнем сироваткового лактату при достатньому об'ємі інфузійної терапії. Незважаючи на існуючі схеми стабілізації гемодинаміки, летальність при важкому, резистентному перебігу шоку складає більше 50%. Гемодинамічна підтримка є основною ургентною складовою невідкладної допомоги при септичному шоці. Особливістю гемодинамічної підтримки є різна чутливість рецепторів до вазопресорів. Тому дослідження ефективності інтенсивної терапії септичного шоку використанням симпатоміметиків є актуальним.

Мета. Дослідити ефективність інтенсивної терапії септичного шоку використанням симпатоміметиків для визначення необхідності їх корекції.

Матеріали та методи. Робота базується на обстеженні 64 хворих з септичним шоком, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ВОКЛ ім.М.І.Пирогова. Застосовано наступні методи обстеження хворих -

гемодинамічні показники: ЦВТ; SpO₂; АТсис; АТдіаст; АТпульс; ЧСС, ФВ; ЕКГ, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, цукор крові, лактат, прокальцитонін.

Результати. Встановлено в 24% хворих виражену депресію гемодинаміки, в 43% хворих помірну депресію гемодинаміки та в 33% хворих незначні порушення гемодинаміки при поступленні на лікування. У випадку вираженого порушення гемодинаміки використовували комбінацію дофаміну (до 20 мкг/кг/хв.) з мезатоном (до 0,6 мкг/кг/хв.). В 60% випадків дана доза була недостатньою, тому до попередньої комбінації додавали розчин адреналіну гідрохлорид (дозу збільшували покроково до появи ефективності). Недостатність ефективності симпатоміметиків компенсувалась також використанням інфузійної терапії сольових розчинів з синтетичними колоїдами, однак вивести закономірність об'єму інфузії не вдалось, оскільки темп і об'єм введення були різними, визначались на основі ЦВТ та діурезу. У 27% випадків резистентного до симпатоміметиків септичного шоку використовувались глюкокортикоїди. Смертність в даній групі склала 11%.

Висновки. Корекція гемодинаміки комбінацією дофаміну та мезатону при важкому перебігу септичного шоку не забезпечує ефективної стабілізації гемодинаміки, що є причиною додаткового використання адреналіну гідрохлориду, підвищених об'ємів інфузійної терапії та глюкокортикоїдів. Це вимагає більш глибокого дослідження проблеми корекції септичного шоку препаратами симпатоміметичного ряду.

Б.О. Мітюк

ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО МЕДІАСТИНИТУ

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Медіастиніт – це гостре запалення клітковини середостіння, яке характеризується швидким прогресуванням процесу, супроводжується тяжкою ендогенною інтоксикацією, достатньо високою кількістю ускладнень та летальністю, яке за даними ряду авторів досягає від 15 до 80% (Соловьев М.М. і співавтори 2002р.; Вижинис Е.І, 2015р.; Соколова О.А. 2004р.; Ishinaga H. Et al., 2013).

Складність топографо-анатомічних взаємовідносин органів середостіння пояснює труднощі, які виникають не тільки при діагностиці, але й при тактиці хірургічного лікування. Особливістю даного захворювання є те, що розповсюдження процесу по середостінню, в більшості випадків залежить від причини виникнення. Тому не в повній мірі роздреновані та сановані гнійні осередки в передньому чи задньому середостінні можуть призвести до тяжких ускладнень (Серченко В.Н. і співавт. 2005; Робусова Т.Г., 2006; Юлдашев Н.М. і співавт., 2011) тим більш, що різнобічні хірургічні доступи до середостіння приводять до варіабельності виконаних втручань.

Мета: Визначити оптимальний спосіб хірургічного лікування гнійного медіастиніту в залежності від локалізації первинного джерела запалення.

Матеріали та методи: За період з 2007 по 2016 рр. у відділенні торакальної хірургії ВОКЛ ім.М.І.Пирогова знаходилось на стаціонарному лікуванні 74 хворих із діагнозом медіастиніт. З них 25 жінок (33,8%) та 49 чоловіків (66,2%). Середній вік склав 53 роки. Причиною даного ускладнення стали наступні нозології: Одонтогенна глибока флегмона ший (28 хворих), стороннє тіло стравоходу (17), тонзилогенна глибока флегмона ший (9), спонтанний розрив стравоходу (8 хворих) - Синдром Бургаве, посттравматичні (5) та інші (7).

Результати: Виявлено закономірність етіологічного чиннику від локалізації та способу усунення гнійного запливу з середостіння. Так, при одонтогенних флегмонах ший, ускладнених медіастинітом, у всіх випадках виникав передньо-верхній медіастиніт, при цьому, виконувалась операція: цервікотомія, розкриття та дренивання передньо-верхнього медіастиніту. Торакотомія, розкриття та дренивання переднього і заднього медіастиніту – виконувалась при синдромі Бургаве. В інших випадках виконувались: закрыта торакостомія; субксіфоїдальне розкриття та дренивання переднього медіастиніту; парастернальне розкриття та дренивання переднього медіастиніту; цервікотомія, розкриття та дренивання задньо-верхнього медіастиніту.

В післяопераційному періоді хворим проводились щоденні санації розчинами антисептиків, масивна антибактеріальна терапія згідно посівів та симптоматична терапія. Середній ліжкодень склав 26. Летальність близько 20% (15 хворих).

Висновки: Вибір хірургічного доступу і варіанту втручання залежить від причини, що викликала гострий медіастиніт та локалізації запалення середостіння.

А.М. Москаленко, А.О. Іваніцька

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ З ПЛАСТИКОЮ ЗА ЛІХТЕНШТЕЙНОМ В ЛІКУВАННІ ПАХВИННИХ ГРИЖ(ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Кафедра хірургії №2

І.М. Вовчук (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність : Успіхи сучасної герніології, не зробил проблему лікування гриж, передньої черевної стінки, та особливо пахвинних гриж, менш актуальною, що пов'язано з виникненням післяопераційних ускладнень у 1,5 - 47,0% хворих при використанні будь-якого методу пластики (Белянський Л.С 2010.) На сьогодні дискусійним залишається питання у виборі найбільш оптимального методу грижопластики із виключення можливих рецидивів та післяопераційних ускладнень. Складність даної проблеми підтверджується великою кількістю існуючих методів герніопластики, жодна з яких у повній мірі не може задовільнити практикуючих хірургів.

Мета : порівняти преперитонеальну алогерніопластику з м'язово-апоневротичним методом за Ліхтенштейном.

Матеріали та методи : аналіз, порівняння та узагальнення на основі власних досліджень і спостережень.

Результати : нами було прооперовано 11 безпородних кроликів-самців, вагою 5-5,5 кілограмів, які були поділені на дві групи – контрольна і дослідна. До першої було віднесено 5 кроликів прооперованих за методикою Ліхтенштейна, інші 6 кроликів прооперовані запропонованою нами преперитонеальною алогерніопластикю. Наший метод відрізняється кращими функціональними показниками, оскільки при ньому відсутнє склерозування і деформації сім'яного канатика, сам імплантант фіксується внаслідок внутрішньочеревного тиску. Хірургічне лікування пахвинних гриж з використанням преперитонеальної алогерніопластики по розробленим нами методом, мають значну перевагу в порівнянні з операцією за Ліхтенштейном, при якій кількість ускладнень сягало 45,9%, а використовуючи розроблений нами метод оперативного втручання, загальна кількість ускладнень не перевищувала 14,2%.

Висновок: отримані дані підтверджують досконалість преперитонеальної алогерніопластики у порівнянні з м'язово-апоневротичним методом за Ліхтенштейном.

Є.В. Неймановський, С.О. Сучок

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ІНВАГІНАЦІЇ КИШОК У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

О.Г. Якименко (к.мед.н., доц)

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

Актуальність: Інвагінація кишок (ІК) – типова патологія дітей грудного віку, що вимагає надання вчасної екстреної медичної допомоги. Відсутність чітких діагностичних критеріїв щодо тактики лікування даного захворювання, а також розвиток методів консервативного лікування, потребує перегляду та розширення показань до дезінвагінації шляхом пневмоколонопресії (ПКП).

Мета: Аналіз підходів до лікування інвагінації кишок у дітей з урахуванням тривалості захворювання, даних клінічних та додаткових методів обстеження, розрахунок поширеності ІК серед різних вікових груп та статей.

Матеріали та методи: На базі ВОДКЛ проведено ретроспективне дослідження 297 історій хвороб дітей з ІК в період з 2005 по 2015 рік.

Результати: Хворих розподілено на дві групи: дослідну (А) та порівняння (Б), в яких було відповідно - 152 та 145 дітей. Репрезентативність груп представлена гендерно та за віком: в групі А – 70,57% хлопчики, 29,43% - дівчатка, в групі Б – 71,44% хлопчики та 28,56% - дівчатка; діти до року в обох групах склали 81,23±1,09%. В перші 6 годин були госпіталізовані – 10,74% дітей, в період з 6 до 12 годин – 17,22%, з 12 до 24 годин – 44,17%, з 24 до 48 годин – 18,60%, більше 48 годин – 9,27%. Основними клінічними симптомами були: блювота, переймоподібний біль, інвагінат, що пальпується, кров у випорожненнях, симптом Дансе, постійний біль, симптоми подразнення очеревини. За клініко-сонографічними ознаками здухвинно-ободова інвагінація діагностована у 198 дітей, сліпо-ободова - у 85 пацієнтів, тонко-тонко-кишкова - у 14 пацієнтів. В групі А ПКП була застосована у 80,92% пацієнтів, середня тривалість захворювання у яких склала 15±1,28 годин. ПКП в групі Б проведена у 91,70% пацієнтів, середня тривалість захворювання у яких склала 17±0,93 години. Лапаротомія з інтраопераційним розправленням інвагінату в групі А виконана у 19 дітей, в групі Б – у 8-ми дітей. Резекція кишок виконана у 10 дітей з групи А та у 4 дітей з групи Б.

Висновки: Тривалість захворювання при ІК – не є абсолютним критерієм у виборі лікувальної тактики. Наявність клініки перитоніту та відсутність ефекту від ПКП – є показом до інтраопераційного розрішення ІК.

Т.В. Овчарук, В.Ю. Войтков
АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ АТРЕЗІЇ СТРАВОХОДУ НА БАЗІ ВОДКЛ

Кафедра дитячої хірургії
О.Г. Якименко (к.м.н., доц.)

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

Актуальність. Атрезія стравоходу (АС) – важка вроджена вада розвитку (ВВР) стравоходу, за якої проксимальний кінець закінчується сліпо, дистальний, як правило, має норицевий хід. ВВР складають до 25-27% усієї хірургії неонатального періоду. Тому проблема ранньої діагностики та лікування ВВР є надзвичайно актуальною.

Мета. Аналіз хірургічної тактики у дітей з атрезією стравоходу.

Матеріали та методи. Дослідження проведене на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Проаналізовано 42 випадки захворювання на атрезію стравоходу в період з 2007 по 2015 рік.

Результати. За результатами дослідження встановлено, що в першу добу з моменту захворювання діагноз АС був встановлений у 37 хворих (88,1%). Виявлено наступні анатомічні варіанти АС: з дистальною трахеостравохідною норицею (ТСН) – 92,8% (39 осіб), з біфуркаційною ТСН -2,4%(1), безнорицева форма – 4,8%(2). Діастаз між проксимальним та дистальним відділом стравоходу складав 3-5 см. Діагностичний алгоритм передбачав: виконання проби «Елефанта» та рентгенконтрастне дослідження стравоходу. Усім дітям були виконані оперативні втручання, прямий анастомоз «кінець в кінець» був накладений – у 42 дітей, гастростома – у 4 дітей. Померло 8 дітей (19,04%). Ускладнення, яке виникло у 7 з 8 померлих – неспроможність швів анастомозу на 4-7 добу після оперативного лікування. Анатомічний варіант вади, виявлений у даної категорії пацієнтів – АС з дистальною трахеостравохідною норицею, діастаз між проксимальним і дистальним кінцем стравоходу складав 4-5 см. У всіх померлих дітей виявлено тяжку супутню соматичну патологію, таку як ВУІ, РДС, ССЗВ, тяжкі супутні ВВР – атрезія прямої кишки, вади розвитку серцево-судинної системи. Стеноз стравоходу в ділянці накладеного анастомозу в перші 3 місяці після втручання розвинувся у 13 дітей. Цим дітям виконувались етапні бужування. 75% (6 дітей) померлих були недоношеними з ММТ - 1650±170 г.

Висновки. На основі отриманих результатів АС виявлена у п'яти пацієнтів невчасно, що збільшило час передопераційної підготовки, кількість супутніх захворювань, безпосередньо пов'язаних з АС, наприклад двобічна аспіраційна пневмонія ДН ІІІ, та збільшило термін перебування в стаціонарі до 70-90 днів на протигагу пацієнтам з вчасно встановленим діагнозом 35-40 днів. Хоча діагноз був встановлений у 11,9% пізно, але спостерігається позитивна динаміка вчасно встановлених діагнозів за роки спостереження. Післяопераційний період у померлих пацієнтів був ускладнений неспроможністю анастомозу, однак дане ускладнення не являлось основною причиною смерті, а лише одною із ланок патологічного процесу, спричиненого тяжкими ВВР, інфікуванням, токсичним ураженням ЦНС та тяжкими порушеннями з боку серцево-судинної системи, що було виявлено у всіх даних пацієнтів.

І.А. Осадчук, В.О. Величко

**ЦИФРОВА МІКРОСКОПІЯ ЖОВЧІ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ МІКРОЛІТІАЗУ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЇЇ
СКЛАДУ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Ю.В. Бабійчук (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Жовчнокам'яна хвороба відноситься до числа складних і не до кінця вирішених проблем хірургії. Своєчасне видалення конкрементів жовчного міхура, лікування холедохолітіазу добре освоєно в сучасній хірургії. Розвиток лапароскопічних і ендоскопічних технік дозволяє проводити хірургічні втручання з мінімальною інвазивністю, швидким загоєнням, задовільними післяопераційними змінами. В той же час, недостатньо вирішена проблема причин утворення жовчних конкрементів, рецидиву утворення в прооперованих жовчних шляхах, супутньої інфікованості жовчовивідних шляхів. Важливим є склад жовчних конкрементів та засоби їх діагностичного визначення до оперативного втручання та їх наявність і кількість після оперативного втручання.

Мета: вивчення вмісту центрифугованої жовчі з просвіту дванадцятипалої кишки, холедоху за допомогою цифрової світлової мікроскопії взятої під час діагностичної дуоденоскопії та за допомогою катетера з загальної жовчної протоки.

Матеріали та методи: у 14 хворих, які проходили діагностичну відео езофагогастродуоденоскопію та 6 хворих, яким було проведено дуоденоскопію з катетеризацією холедоху за допомогою відеопроцесору PentaxEPK 100p, взято до 4 мл жовчі. Жовч центрифуговано на лабораторній центрифугі СМ 301. Осад поміщався на предметне скло і покривався покривним склом. Імерсійна мікроскопія не зафарбованого осаду проводилась на цифровому світловому мікроскопі KonusBiorex-3, при збільшенні 1000.

Результати: У всіх 20 досліджуваних пацієнтів в центрифугованому осаді жовчі виявлено мікролітіаз. Розміри мікролітів коливались від 4 до 15 мікрометрів. Мікроліти з холедоуху мали більші розміри, в жовчі знаходились лейкоцити, цитоскелети бактерій. В осаді жовчі з просвіту дванадцятипалої кишки мікроліти були менших розмірів, лейкоцити знайдено у 3 хворих. Мікроліти мали різне забарвлення, яке краще диференціюється при цифровій обробці мікрознімку. Білірубінові мікроліти мають більш темне, чорне забарвлення, холестеринові світло-коричневе, жовте.

Висновки: Проведення імерсійної цифрової світлової мікроскопії центрифугованої жовчі отриманої з просвіту дванадцятипалої кишки та холедоуху простий і високоінформативний метод для діагностики мікролітіазу. Мікроскопія дозволяє встановити склад конкрементів до початку лікування, контролювати хід та оцінювати результати лікування. Визначення лейкоцитів в жовчі може свідчити про наявність запального процесу в жовчовивідних шляхах та сприяти контролю якості лікування.

А.Э. Осокин, Т.Р. Гадирова, Е.В. Безега

РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕКУРРЕНТНОЙ ДИЗУРИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Кафедра урологии, нефрологии и андрологии

С.В. Андреев (к.мед.н., асс.)

Харьковский национальный медицинский университет

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шапавала.

м. Харків, Україна

Актуальность: Лечение женщин, страдающих рекуррентной дизурией (РД), представляет весьма нетривиальную задачу, в основном, из-за недостаточной осведомленности практикующих врачей о механизмах формирования этого изнуряющего молодых пациенток страдания.

Материалы и методы: К настоящему моменту, все причинны, можно объединить в две основные группы: факторы, способствующие реинфицированию мочевого тракта и факторы, обуславливающие персистенцию и хронизацию инфекционного процесса.

К факторам реинфицирования, в первую очередь, относятся вариации топологии наружного отверстия уретры по отношению к преддверию влагалища, которые представляют собой материальный субстрат для перманентного интракоитального инфицирования нижних мочевых путей (НМП) женщины и служат превалирующей причиной РД; «узкий» интроитус, высокая промежность и др. Кроме того, реинфицирование может потенцировать избыточная складчатость слизистой оболочки уретры в зоне меатуса, вагинизм, неопытность полового партнера и некоторые другие, трудно учитываемые причины.

К дополнительным условиям, реинфицирования НМП у молодых женщин, относятся: гинекологические причины — состояния, приводящие к дисбиозу влагалища с участием уропатогенной флоры; гигиенические — избыточная неряшливость или наоборот — чистоплотность, нерациональное использование спермицидов, лубрикантов и др.; поведенческие нюансы — промискуитет, сексуальные перверсии и некоторые другие. Причем последние две группы факторов требуют сугубо поведенческой коррекции.

К факторам, обуславливающим персистенцию и хронизацию инфекционного процесса в НМП можно отнести: возможность депонирования возбудителей в добавочных парауретральных образованиях; нарушения барьерной функции эпителиальных выстилок; способность грамотрицательных микроорганизмов к адгезии с клетками уротелия; нерациональное лечение; генетическую предрасположенность.

Так же необходимо учитывать, что перманентное реинфицирование мочевого тракта, в конечном счете, способно повлечь необратимые нарушения уротелия и явиться матрицей к формированию хронического интерстициального цистита (ИЦ) и стойкой дизурии.

Следует заметить, что существуют и диаметрально противоположные мнения о том, что привычки и образ жизни не представляют значимой опасности в отношении возникновения рекуррентных инфекций НМП у женщин.

Анализ результатов наблюдения и лечения за 158 молодыми женщинами фертильного возраста, страдающими РД, установил, что в большинстве случаев достаточной мерой профилактики является поведенческая терапия.

В ее основе лежат сугубо профилактические моменты: 1) информированность пациентки о наличии у нее индивидуальной предрасположенности к РД; 2) коррекция сексуальных паттернов и гигиены; 3) использование инертных лубрикантов; 4) опорожнение мочевого пузыря после соития; 4) местное посткоитальное применение антибактериальных кремов; 5) восстановление естественного микробиоценоза влагалища.

Результаты: Эффективность такого рода мероприятий достаточно высока (62,3-70,5%) и позволяет практически избавиться от страдания или снизить частоту рецидивов до относительно приемлемого уровня (1-2 в год).

Выводы: Таким образом, принцип сугубо перманентного купирования обострений заболевания, несомненно является тупиковой дорогой, приводящей, рано или поздно, к формированию хронического воспалительного процесса. Перспективным является применение профилактических мероприятий, препятствующих реинфицированию и/или нивелирующих его влияние.

ОЦЕНКА И ПРОФИЛАКТИКА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра общей хирургии №2

С.В. Гринченко (к.м.н., доц.)

Харьковский национальный медицинский университет.

г. Харьков, Украина

Актуальность: Важнейшим компонентом интенсивной терапии синдрома энтеральной недостаточности (ЭН) является, раннее, сбалансированное питание. При назначении энтерального питания необходимо учитывать степень выраженности ЭН; степень энергетических потребностей и жидкости.

Материалы и методы : Для оценки степени тяжести ЭН рекомендуем пользоваться специально разработанной в клинике шкалой, предполагающей разделение параметров оценки ЭН при перитоните на 4 группы. В I группу вошли наиболее значимые для оценки клинические симптомы, выявляемые при физикальном обследовании. Во II группу вошли основные лабораторные показатели. III группу составили рентгенологические показатели. IV – изменения в тканях, выявленные *intra operationem*. Шкала позволяет значительно облегчить диагностику и клиническую оценку ЭН. Под наблюдением находилось 40 больных в возрасте 19-64 лет, находящихся на лечении в клинике с 2010 – 2017 г. Все оперированы по поводу разлитого перитонита различной этиологии и имел клинику ЭН и в зависимости от степени выраженности последней, согласно шкале у 20 больных (50 %) диагностирована компенсированная форма ЭН, у 9 больных (22,5 %) – субкомпенсированная форма, у 11 больных энтеральная недостаточность в декомпенсированной форме (27,5 %). Больные, в зависимости от получаемого лечения, были разделены на две группы. Первую группу - 21 пациент (52,5%), получавших раннее энтеральное питание питательными смесями. В стадии компенсации - 10 пациентов (47,6%), субкомпенсации - 5 (23,8%), декомпенсации – 6 (28,6%). Вторую группу составили 19 пациентов (47,5%), получавших в послеоперационном периоде парентеральное питание. Из них у 10 диагностирована компенсированная стадия (52,6 %), у 5 – субкомпенсированная (26,3%), у 4 – декомпенсированная (21,1%) формы ЭН. Проводилось парентеральное питание, введение же смесей для энтерального питания не производилось.

Результаты: Проведена сравнение ведения больных с ранним энтеральным питанием в послеоперационном периоде с парентеральным у 10 пациентов с компенсированной ЭН (47,6%), получавших энтеральное питание, наблюдалось полное восстановление функций ЖКТ на 2-3-и сутки. Нормализация функций ЖКТ у 10 пациентов с компенсированной энтеральной недостаточности из второй группы (52,6 %), получавших питательные вещества парентерально – на 4-5 сутки. Похожие результаты были получены при анализе результатов лечения больных с субкомпенсированной формой энтеральной недостаточности: у 5 больных первой группы (23,8 %), получавших зондовое энтеральное питание, на 3-и сутки отмечена нормализация функций ЖКТ; у 5 больных (26,3%), получавших нутриенты парентерально, схожие результаты были достигнуты лишь через 5 суток. В I группе больных с декомпенсированной ЭН у 5 из 6 (28,6 %) больных отмечилось клиническое улучшение и нормализация функций ЖКТ на 3 сутки, у 1 больного (4,8%) не удалось предупредить развития полиорганной недостаточности, вследствие чего наступила смерть.

Выводы: В результате клинического наблюдения за группами пациентов нами отмечено, что применение в максимально раннем периоде, энтерального питания способствует более скорому восстановлению функций жизненно важных органов и систем, что является одним из ключевых факторов скорейшего выздоровления пациента и профилактики полиорганной недостаточности.

О.Ю.Павлівська, В.О.Задорожнюк

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СУДИНАХ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії

Г. Я. Костюк (проф., д.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет – група ендокринних захворювань, що розвивається в наслідок абсолютної чи відносної недостатності інсуліну. Він може призводити до таких вражень як ретинопатії, нефропатії, ангіопатії, полінейропатії вони являються головними причинами інвалідизації та смертності хворих.

Мета : дослідити та порівняти морфологічні зміни венозному руслі із артеріальним руслом нижніх кінцівок на пізніх термінах розквіту цукрового діабету.

Матеріали і методи: артерії та вени нижніх кінцівок двох хворих 68 та 79 років, з діагнозами : 1) цукровий діабет 2 типу, важка форма, стадія декомпенсації, некомпенсований кетоацидоз II ст. та 2) цукровий діабет 2 типу, важка форма, стадія декомпенсації. Діабетична ангіопатія ніг IV ст. Також проводилось гістологічне дослідження (фарбування гематоксилін-еозин). В обох випадках проведена ампутація нижніх кінцівок.

Результати та обговорення: необхідно нагадати, що артерії мають три оболонки. Середня оболонка має ряд еластичних пластинок, до яких кріпляться гладком`язові клітини. Внутрішня еластична мембрана представлена

шарами товстих еластичних волокон. Зовнішня оболонка має сполучнотканинні і гладком'язові елементи. В артеріях м'язового типу зовнішня еластична мембрана недорозвинута, сполучний каркас середньої оболонки виражений слабо його основу складають гладком'язові волокна.

При цукровому діабеті відбувається поступове враження судинної стінки. Вона підлягає атеросклеротичним змінам. Спочатку на ендотелії судин відкладаються ліпопротеїди, порушується синтез колагену і еластину, відбувається проліферація гладком'язових клітин, також стінка зазнає мілких пошкоджень, ніби тріщин. Внаслідок цих тріщин на внутрішній стінці судин відбувається накопичення ЛПНЩ, макрофагів, які в цитоплазмі мають велику кількість ліпопротеїдів і формують атеросклеротичну бляшку. В результат аті порушується кровопостачання, проявляється симптомом кисневого голодування тканин та порушується нормальне функціонування органів.

Венозне русло в організмі володіє більшою ємністю чим артерії. Особливості структури стінки венозних судин залежить від того, розташовується вени нижче чи вище серця. Якщо вени нище серця то рух крові іде проти сили тяжіння і для нормального кровотоку необхідно тиск вище атмосферного. Вени нижніх кінцівок мають в своєму середньому шарі як кругові так і повздовжні м'язові клітини. Їх стінки грубі і містять мало колагенових і еластичних волокон.

Проведене гістологічне дослідження вен нижніх кінцівок обох хворих (були взяті на дослідження такі вени: глибока вена гомілки, підшкірна вена, глибока стегнова та підколінна вени). Встановлено: наявний організований тромб, запалення, просякнення лейкоцитами інтими. Зовнішня оболонка – просякнута кров'ю. Внутрішня оболонка – зруйнований ендотелій, адгезія лейкоцитів та макрофагів, вогнищева десквамація ендотеліоцитів.

Висновки: У віддалених термінах хвороби спостерігалися зміни в артеріях і венах нижніх кінцівок, вони були практично однаковими. Проте більш виражені морфологічні зміни все ж таки були в артеріальних судинах нижніх кінцівок. У зв'язку з відсутністю морфологічних даних на ранніх етапах розвитку змін у венозному руслі нами будуть проведені експериментальні дослідження (моделювання цукрового діабету) які дадуть можливість вивчити морфологічні зміни у венозному руслі нижніх кінцівок на ранніх етапах розвитку патології.

В.О. Пашинський

ІНТЕРВЕНЦІЙНА ЕНДОСКОПІЯ – ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛІВ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ

Кафедра хірургії №1

Я.М. Пашинський (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дивертикули дванадцятипалої кишки (ДДК) вперше описані Хомаллом в 1710 році. Перші документальні згадки про ДДК були зроблені Моргані в 1762 році. Вони розцінювались як анатомічна казуїстика до 1913 року, коли Американським Науковим Інститутом вперше було представлено 4 рентгенологічні знімки. Із розвитком ендоскопічних методів діагностики частота дуоденальних дивертикулів збільшилася і становить за даними різних авторів від 9 до 22%. Верифікація та діагностика дивертикулів дванадцятипалої кишки є досить складною. Дуже часто ДДК перебігають під маскою інших захворювань, таких як синдром Леммела. Так периапулярні ДДК, розташовані у безпосередній близькості з Фатеровим сосочком, викликають механічне стиснення жовчних шляхів і є причиною дисфункції сфінктера Оді. Такі дивертикули викликають застій жовчі, зумовлюють рефлюкс вмісту із дванадцятипалої кишки у жовчовивідну протоку, що призводить до висхідної інфекції – бактеріобілії. Резекція дивертикулів дванадцятипалої кишки не завжди може бути легко виконана, оскільки більша частина дивертикулів розташовані у низхідній або нижній горизонтальній частині – важкодоступних в хірургічному відношенні місцях.

Мета: Вивчити особливості діагностики та лікування холедохолітазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки з використанням мініінвазивних хірургічних технологій та покращити їх результати.

Матеріали і методи: Опрацювання вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, а також збір статистичних даних.

Результати: В період з 2014 по 2017 виявлено 29 випадків ДДК, що складає 25% від усіх дуоденоскопій. З них 10 - перипапільярних та 19 - парапапільярних. 20 хворим проводились ендоскопічні втручання: дозована ендоскопічна папілосфінктеротомія, літоекстракція, папілосфінктеропластика. Ускладнення після даного типу втручань були мінімальними: не відмічалось жодної кровотечі та перфорації. В одного хворого (0,2%) розвинувся гострий панкреатит. У той же час у хворих на холедохолітаз, яким було проведено лапаротомічні операції кількість післяопераційних ускладнень, в порівнянні з ендоскопічними втручаннями, була значно вищою. Кровотеча стала ускладненням у одного хворого, а гострий панкреатит – у 6 хворих. Відрізнялась також і тривалість перебування хворого в стаціонарі. Так у хворих при ендоскопічному втручанні середній ліжко-день складав від 1 до 3 днів, в той час як у пацієнтів з відкритим хірургічним втручанням – від 10 до 18 днів.

Висновки: Таким чином, мініінвазивні транспаплярні втручання (ендоскопічна папілосфінктеротомія та різновиди) – альтернатива для лікування холедохолітіазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки. Оптимізація ендоскопічного лікування холедохолітіазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки є перспективним напрямком, оскільки значно зменшує ризики таких післяопераційних ускладнень, як кровотечі, перфорації та гострий панкреатит, а також тривалість післяопераційного відновлення хворих до 1-3 ліжко-днів.

К. М. Паньків, А. М. Паньків

ПОРІВНЯННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

А. С. Татарін (к.мед.н.)

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

Вступ. Розвиток нових медичних технологій дав поштовх до розробки і впровадження в клінічну практику ендовенозних малотравматичних методів лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок (ВХВНК) – радіочастотної абляції (РЧА) та ендовенозної лазерної облітерації (ЕВЛО).

Мета дослідження – порівняти ефективність РЧА та ЕВЛО у лікуванні пацієнтів із ВХВНК С2-4.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження відповідно до мети та завдань включено 185 пацієнтів, із яких 148 пацієнтам виконано РЧА і 63 – ЕВЛО вен нижніх кінцівок. Із них було сформовано 4 групи респондентів: I – С2-3 + РЧА; II – С2-3 + ЕВЛО; III – С4 + РЧА; IV – С4 + ЕВЛО.

ЕВЛО виконували із використанням апарату «ЛИКА-хірург» із довжиною хвилі 1470 нм, РЧА – RFG2 Covidien.

Результати дослідження. При статистичному аналізі, порівнювані групи хворих були однорідні за статтю та віком. Парестезії при РЧА мали місце у близько 2% пацієнтів, а після ЕВЛО – у близько 11%, причому різниця була достовірною ($p < 0,01$). Екхімози після РЧА виникли лише в двох випадках, що становило 1,4%, а при ЕВЛО – у 6 випадках (16,2%). Відмінності у частоті виникнення екхімозів також були статистично достовірними ($p < 0,01$). Характерним було те, що у пацієнтів після РЧА опіки оточуючих тканин не спостерігалися в жодному випадку, в той час, як після ЕВЛО опіки мали місце у близько 5% випадків.

Висновки. Таким чином, частота найбільш характерних ускладнень була достовірно вищою ($p < 0,01$) після застосування ЕВЛО, ніж після РЧА.

М.І Піщуліна

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХІМІЧНИХ ОПІКІВ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

Ю.А. Димчина (ас.)

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

Актуальність: Найчастіше опіки стравоходу зустрічаються у дітей молодшого віку, це зумовлено їхньою активністю, спроможністю дістатись до небезпечних речовин та нездатністю оцінки небезпеки для власного здоров'я.

Мета дослідження: Визначення особливостей клінічних проявів хімічних опіків стравоходу (ХОС) в залежності від ступеню ураження.

Матеріали та методи: На основі проведеного аналізу історій хвороб 26 дітей з ХОС, була проведена оцінка загального стану, ступінь клінічних проявів, дані лабораторних досліджень та ФЕГДС в залежності від хімічного агенту та ступеня ураження стравоходу.

Результати: 3 діагнозом ХОС звернулись 26 дітей у віці 1-5 років, що був спричинений різноманітними хімічними агентами: оцтовою кислотою (94%), засобами для чищення з лугами (3%) та кристалами марганцю (3%). Головними клінічними симптомами були неспокій, гіперсаливація у 18 (69,2%) дітей. 3 8 (30,8%) дітей, що звернулись без скарг, ХОС був діагностований після проведення ФЕГДС у 3 дітей. За наявності характерних скарг у 2 дітей при ФЕГДС ХОС не був діагностований. При I і II ст. опіків стравоходу у 12 дітей переважали неспокій та гіперсаливація в 60,6% випадків ($p < 0,05$). При III ст. опіку у 7 дітей був відмічений більш виражений симптомокомплекс: окрім неспокою та гіперсаливації спостерігались блювання, осиплість голосу, порушення дихання, болі в ротовій порожнині та животі.

Висновки: Наявність чи відсутність клінічних проявів не є вирішальним при діагностиці ХОС. У більшості випадків виразність клінічних проявів залежить від ступеня ураження та діючої речовини.

М.І Пішуліна
**ЛІКУВАННЯ ДЕФОРМАЦІЙ ЗАДНЬОГО ВІДДІЛУ СТОПИ ЗА ДОПОМОГОЮ
СУГЛОБОЗБЕРІГАЮЧИХ МЕТОДІВ**

Кафедра травматології та ортопедії
А.В. Дніпровська (к.м.н., асс.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця Україна

Актуальність: Існує велика кількість видів деформацій стопи та причин, що їх викликають. Для плосковальгусної деформації (ПВД) найбільш частою причиною в дитячому віці є диспластичний синдром, у дорослому – дисфункція сухожилка заднього великогомілкового м'яза. Еквінополоварусні деформації (ЕПВД) у більшості випадків є наслідком порушень периферичної нервової системи як вродженого, так і набутого характеру. Традиційними хірургічними методами лікування таких пацієнтів є артроези заднього та середнього відділів стоп. Даний вид операцій дозволяє здійснити якісну корекцію деформації та усунути можливу нестабільність. Проте артроез суглоба Шопара, особливо потрійний, суттєво знижує еластичність стопи, а як наслідок, її демпферну функцію. Як наслідок виникає зниження функціональності кінцівки, що суттєво впливає на якість життя пацієнта.

Мета дослідження: Оцінити результати хірургічного лікування деформацій заднього відділу, розробити критерії підбору пацієнтів для призначення суглобозберігаючих методів, проаналізувати ефективність лікування.

Матеріал та методи: Було досліджено 28 хворих (37 стоп: 23 стоп з ПВД, 14 з ЕПВД), середній вік 43,5 років (18 чоловіків, 10 жінок). Термін спостереження 6 місяців. Були використані такі хірургічні методики: на кісткових структурах- остеотомії п'яtkової кістки 35 стоп, одночасно з підтаранним артродозом 5, остеотомія в середньому відділі стопи – 13, артроезистава Лисфранка 2, остеотомія таранної кістки 1; на м'язках тканинах- подовження Ахілового сухожилку – 28, пластика сухожилків 13, сухожилково-м'язева транспозиція -11 стоп.

Результати: У всіх пацієнтів загоєння післяопераційних ран було первинним, у 6 з них спостерігались ознаки поверхневої інфекції, у 9 часткового розходження країв ран. Наведені порушення були ліквідовані консервативним шляхом. В 1 випадку спостерігалось відсутність зрощення в зоні артроезованого суглоба. Для оцінки функціональних результатів лікування була використана шкала AOFAS. Пацієнти оцінювали свій стан як: «добре» - 8, «задовільно»-19, «незадовільно»-1.

Висновки: При ретельному виборі пацієнтів суглобозберігаюча хірургія ЕПВД та ПВД є ефективним методом лікування, що має суттєві переваги перед артроезами, через збереження еластичності та функціональності стопи. Як наслідок суттєво покращується якість життя пацієнта.

О.М. Подважук, Л.А. Романюк
**СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЛЕГЕНЕВИХ МЕТАСТАЗІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
ВІДЕОАСИСТОВАНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології
С.А. Лисенко (д.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У практиці торакальних хірургів метастатичні ураження легень зустрічаються з частотою від 1,6 до 55,4% в залежності від локалізації і гістологічної структури первинної пухлини. Все більш широке використання відеоторакоскопічної техніки за останні роки мотивувало розробку нових міні-інвазивних методів хірургічного лікування внутрішньогрудної патології, до яких належать відеоасистовані оперативні втручання.

Мета: Визначити клінічну ефективність застосування відеоасистованих резекцій легень у порівнянні з класичними резекціями за допомогою торакотомії, що використовуються у хірургічному лікуванні легневих метастазів.

Матеріали та методи: матеріалами слугували друковані та електронні інформаційні джерела. Здійснено огляд публікацій Національного інституту раку МОЗ України та аналіз наукових праць за допомогою науково-дослідницького та порівняльно-описового методів.

Результати: Відеоасистовані резекції легень поєднують в собі переваги як відеоторакоскопії (невеликий розріз), так і традиційної торакотомії (хороша візуалізація патологічного утворення, використання звичайних інструментів).

За тривалістю болювого синдрому, терміну застосування наркотичних анальгетиків у післяопераційному періоді, кількістю післяопераційних ускладнень, тривалістю післяопераційного періоду міні-торакотомія наближається до відеоторакоскопічних операцій. У той же час використання міні-торакотомії дозволяє виконати оперативне втручання в повному обсязі, на відміну від відеоторакоскопічних втручань, коли на екрані монітора не завжди чітко видно кордони патологічного процесу.

Аналізуючи такі характеристики відеоасистованих операцій і традиційних торакотомій, як частота нагноєння післяопераційної рани, тривалість больового синдрому, летальність, середній післяопераційний ліжко-день, отримано результати, які свідчать про значно меншу кількість ускладнень при використанні міні-доступу.

Висновки: Застосування відеоасистованих оперативних втручань в хірургічному лікуванні легеневих метастазів дозволяє покращити результати лікування, уникнути можливих післяопераційних ускладнень та наслідків.

И.Ю. Проненко

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СЛОЖНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Кафедра урологии, нефрологии и андрологии

Д.В. Шукин (д.мед.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Наиболее отчетливой тенденцией последних лет является активное расширение показаний к выполнению органосохраняющей хирургии опухолей почек. Однако результаты, полученные в различных клиниках, очень сложно сравнить только на основании таких параметров как стадия и размеры опухоли. Мы представляем ретроспективный анализ органосохраняющей хирургии в плане оценки факторов, влияющих на ее сложность.

Цель: Основной целью исследования было создание унифицированной шкалы сложности данных хирургических вмешательств.

Материал и методы: С 2009 по 2015 гг. органосохраняющая хирургия по поводу почечно-клеточного рака выполнялась 415 пациентам, находившимся на лечении в ОКЦУН им. В.И.Шаповала. Группа абсолютных императивных показаний была представлена 32 (7,7%) пациентами, относительных императивных показаний - 60 (14,5%) и элективных показаний - 323 (77,8%) больными. Сложность вмешательства оценивалась с помощью оригинальной шкалы, включающей совокупность факторов, связанных как с опухолью, так и с пациентом. Данные, вошедшие в анализ, были получены ретроспективно при изучении историй болезни, протоколов операций и заключений патоморфологических исследований.

Результаты: Наиболее распространенными осложняющими факторами являлись параметры опухоли, связанными с ее размерами, локализацией и мультифокальностью, значение которых варьировало от 0,5 до 2 баллов. В нашем исследовании почти 14% пациентов имели размеры опухоли более 7 см (1 балл), 40,5% новообразований располагались на 2/3 внутри паренхимы (1 балл), а 13,5% - рядом с почечным синусом или внутри него (2 балла). Мультифокальность опухоли имела место у 8% больных, подвергшихся органосохраняющей хирургии (1 балл). Еще одним фактором, весомо влиявшим на сложность операции, являлись склеротические изменения в паранефральной клетчатке в результате перенесенного пиелонефрита (11,6% - 0,5 балла). Остальные параметры, существенно осложняющие проведение операции и оцененные 2 баллами, встречались гораздо реже - в 0,5%-1,9% наблюдений.

Выводы: Оценка сложности оперативных вмешательств в большинстве случаев представляет собой сложную задачу, так как зачастую страдает субъективизмом. Тем не менее, объективная характеристика этого параметра крайне необходима, так как она позволит более точно исследовать сравнительные результаты операций. Мы представили оригинальную шкалу оценки сложности органосохраняющей хирургии почечно-клеточного рака на основании опыта хирургии 415 пациентов.

Є. Л. Прус

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНИХ КЛІТИН РОГІВКИ ОКА ПРИ РІЗНИХ СТУПЕНЯХ МІОПІЇ

Кафедра очних хвороб

Н.В.Малачкова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ендотеліальні клітини рогівки людини – важлива у функціональному відношенні складова частин рогової оболонки, що забезпечує підтримання гомеостазу рогівки, її прозорість. Виявлено, що щільність ендотеліальних клітин рогівки у людини неухильно падає з віком, а за рік в пласті ендотелію гине від 0,4 до 0,7% клітин. Крім того, на життєздатність ендотелію рогівки впливає багато факторів, в тому числі й виконання певних рефракційних хірургічних втручань, зокрема ЛАСЕК, ультразвукової факоемульсифікації та ін. Важливо мати достатню інформацію про параметри рогівкових ендотеліальних клітин по відношенню до ступеня короткозорості, що б визначало раціональність хірургічних методів лікування патології рефракції та інших патологій в офтальмології.

Мета: Провести порівняльний аналіз показників ендотеліальних клітин рогівки при різних ступенях міопії та у досліджуваних без патології рефракції.

Матеріали та методи: В дослідженні приймали участь 45 пацієнтів віком 20-23 р., які мали діагноз міопія, що у свою чергу були поділені на 3 групи відповідно до ступеня важкості короткозорості, сферичний показник рефракції коливався в межах $\geq -1D$ до $-12,5D$. Контрольну групу (23 чоловік) склали люди того ж віку без патології рефракції. У досліджувані групи не ввійшли пацієнти з будь-яким захворюванням рогівки і кон'юнктиви.

Усім пацієнтам проводилася візіометрія, офтальмоскопія та авторефрактометрія. Для оцінки параметрів ендотеліальних клітин усім проводилася дзеркальна мікроскопія рогівки за допомогою безконтактного мікроскопа TomeyEM-4000.

Результати: Порівнюючи отримані дані, було встановлено, що у групі еметропів щільність клітин ендотелію становила 2922,91 та відсоток гексагональних клітин, тобто шестигранних - 52,54%, які перевищували показники у дослідній групі ($p < 0,05$). Гексагональна форма клітин вважається найбільш благоприємною, тому що клітини такої форми володіють мінімальним поверхневим натягом і відповідно найбільш стабільні в пласті ендотелія. Варто відмітити й те, що у групі міопів, в залежності від ступеня важкості, теж змінювалися показники, а саме: при легкому ступені міопії щільність клітин становила 2766,65; відсоток шестигранних клітин - 50,023%; середній ступінь короткозорості – щільність 2673,5; шестигранних клітин - 46,33%; важкий ступінь – 2405,87; та 44,12% відповідно. Окрім того, існує кореляція між відсотком гексагональних клітин та розміром осередку аналізованих клітин.

Висновки: Отже, чим вищий ступінь міопії, тим меншою стає щільність клітин ендотелію та збільшується поліморфізм клітин, що пов'язано з втратами клітин не здатних до мітозу.

Кількісні зміни ендотеліоцитів рогівки напряму залежать від ступеня важкості міопії, що обумовлює диференційований підхід до вибору тактики хірургічного втручання у пацієнтів з патологією рефракції.

О.В. Рибчич, А.С. Бухштаб
«КОРОНА СМЕРТІ» ЯК УСКЛАДНЕННЯ СТЕГНОВОЇ КИЛИ
Кафедра загальної хірургії
О.В. Кателян (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Корона смерті «Corona mortis» - сполучення між затульною та нижньою надчеревною артерією, яка направляєється спереду назад і зверху вниз до затульного каналу. В нормі затульна артерія відходить від нижньої клубової артерії. При стегнових грижах - це сполучення може щільно прилягати до шийки грижового мішка, охоплювати її спереду, зсередини і частково ззаду. В таких випадках при розсіченні грижового мішка є велика загроза пошкодження даного сполучення з масивною кровотечею.

Мета: Проаналізувати частоту виникнення даного сполучення у пацієнтів з стегновими грижами, оскільки згідно з даними ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) дане нетипове відходження судин відзначається у 25% здорового населення. Дослідити критерії наявності венозної «Корони смерті», проаналізувати можливі ускладнення та місце локалізації

Матеріали та методи: Матеріалами слугували друковані та електронні інформаційні джерела. Здійснено огляд біографічних публікацій та аналіз наукових праць за допомогою науково-дослідницького та порівняльно-описового методів. Опрацьовано ретроспективним методом публікації провідних хірургів: James R. DeBord «Vascular Injuries from Hernia Surgery», проф. А.М. Шулутко, проф. В. І. Семикова «Грижі живота».

Результати: На підставі аналізу клінічних та експериментальних даних встановлено, що частота появи атипичного сполучення судин при стегнових грижах становить близько 10-20% усіх випадків. Наявність «Corona mortis» не залежить від статті пацієнта, але частіше виявляється у жінок. Пояснюється це тим, що у жінок частота стегнової грижі сягає 80% , а у чоловіків лише 8%, у зв'язку з різною анатомічно-фізіологічною будовою м'язової мускулатури у ділянці стегна. При пошкодженні «Корони смерті» виникає масивна кровотеча, що може призвести до летального наслідку. Згідно опрацьованих даних слід зазначити, що венозна «Корона смерті» знаходиться на другому місці за частотою виникнення після артеріальної. Венозне нетипове сполучення частіше верифікується і пошкоджується при наданні допомоги травматичним пацієнтам.

Висновки: Ретельне передопераційне обстеження грижі та прилеглих тканин забезпечують своєчасному виявленню «Corona mortis». Це дозволить вибрати відповідну хірургічну тактику та алгоритм операції для уникнення інтраопераційних ускладнень, які можуть загрожувати життю пацієнта

А.В. Романюк
**ВІДДАЛЕНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ КІСТОЗНИМИ ЛІМФАТИЧНИМИ
МАЛЬФОРМАЦІЯМИ: ХІРУРГІЧНА РЕЗЕКЦІЯ ПРОТИ СКЛЕРОТЕРАПІЇ**

Кафедра дитячої хірургії
І.М. Бензар (к.мед.н., доц.)
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: Лімфатичні мальформації (ЛМ) складних анатомічних локалізацій тривалий час залишаються проблемним питанням у плані діагностики та лікування. Часте виникнення рецидивів та ускладнень після резекції ЛМ потребує пошуку ефективних альтернативних методів лікування.

Мета: Визначення результатів хірургічної резекції та локального лікування із застосуванням ОК-432 у дітей із великими кістозними лімфатичними мальформаціями.

Матеріали та методи: У дослідженні включено 79 дітей із ЛМ, які були госпіталізовані у НДСЛ "ОХМАТДИТ" у період з 2010 до 2015 року. Відповідно до поставленої задачі виділено дві клінічні групи пацієнтів: А – діти, яким виконана склерозуюча терапія ОК-432 (n=54) та група В - діти, яким виконана хірургічна резекція (n=25). Вік пацієнтів становив від 1 до 16 років. Результат лікування оцінювали за зменшенням об'єму ЛМ.

Результати: В результаті склерозуючої терапії були отримані відмінні та добрі результати, що відповідають зменшенню об'єму ЛМ понад 80%, у 44 (81.5%) дітей. Незадовільний результат лікування (зменшення об'єму ЛМ менш ніж на 20%) спостерігали у двох (3.7%) випадках. Ускладнення виникли в одного пацієнта (1,8%). Серед 25 оперованих дітей рецидив відмічено у 18 (72.0%) дітей ЛМ із критичною локалізацією (голова, шия, середостіння, заочеревинний простір). Післяопераційними ускладненнями були ушкодження n. facialis (n=3), n. rhēnicus (n=1), n. oculomotorius (n=1). Іншими ускладненнями були лімфорейя у 4 (16.0%) пацієнтів, та келоїдні деформуючі рубці у 3 (12.0%) пацієнтів.

Висновки. ОК-432 склеротерапія ефективною та більш безпечною у порівнянні з хірургічною резекцією у лікуванні дітей з кістозними ЛМ, особливо у випадках критичної локалізації останніх.

Н.В. Рудик
**КОРЕКЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНОГО СТАНУ ПРИ ГОСТРІЙ ТОНКОКИШКОВІЙ
НЕПРОХІДНОСТІ**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
В.А. Лісецький (д.мед.н., проф.)
Українська військово-медична академія
м. Київ, Україна

Актуальність: гостра тонкокишкова непрохідність (ГТКН) залишається тяжкою невідкладною хірургічною патологією, яка призводить до летальності у 17-21% випадків (Мартиненко Н.Ю., 2014), що обумовлено пізньою діагностикою, значними порушеннями водно-електролітного обміну та супутньою патологією.

Мета: дослідити особливості корекції водно-електролітного стану у хворих різних груп тяжкості з ГТКН.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз стаціонарних карт 27 пацієнтів прооперованих на базі Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» з приводу ГТКН. Тяжкість стану пацієнтів визначалась за шкалою SAPSII. Легкий стан (гр. №1) був у 10 хворих, середнього ступеня тяжкості (гр.№2) – у 11, і тяжкий (гр.№3) - у 6 пацієнтів. Пацієнти гр.№1 госпіталізувались через 50,4±14,4 год. з моменту появи перших скарг, гр.№2 - через 81,6±9,6 год., і гр.№3 - 103,2±14,4 год.

Результати: волевмічний статус оцінювався за темпами діурезу та гематокритом (Ht). Діурез у пацієнтів гр.№1 був у межах 0,60±0,05 мл/кг/год., Ht 0,45±0,02, у гр.№2 – 0,48±0,05 мл/кг/год. та 0,48±0,01 відповідно, та у гр. №3 - діурез 0,36±0,07 мл/кг/год., Ht 0,51±0,02. Електроліти у гр.№1 – Na⁺ - 136,6±1,1 ммоль/л та K⁺ - 3,56±0,16 ммоль/л, у гр.№2 133,9±1,84 та 3,4±0,01 ммоль/л відповідно та у гр.№3 – Na⁺ 138,5±3,7 ммоль/л та K⁺ 4,4±0,19 ммоль/л. Передопераційна підготовка тривала 22,1±4,7 год., 40,5±14,2 год., 17,8±4,1 год у пацієнтів з легким, середнім і тяжким станом відповідно. Основою інфузійної терапії були збалансовані електролітні розчини. У пацієнтів гр. №1 темп інфузії склав 1,44±0,28 мл/кг/год., загальний об'єм - 2061±328 мл, гр.№2 - 1,12±0,14 мл/кг/год. та 3487±750 мл відповідно, та гр.№3 - 1,6±0,34 мл/кг/год. та 2412±684 мл. Рівень K⁺ корегувався 7,5% р-ном KCl у вигляді поляризуючої суміші. У гр.№1 середній об'єм 7,5% KCl становив 19,5±3,9 мл, в гр. №2 – 22,3±3,7 мл, а у гр. №3 не використовувався.

В інтра- та післяопераційному періодах інфузійна терапія продовжувалась. 7,5% р-ин KCl на 1 добу після операції застосовувався у гр.№1 в об'ємі 30,5±7,8 ммоль/л, у гр.№2 - 35,9±6,3 ммоль/л та у гр.№3 - 35,5±7,9 ммоль/л. У гр.№1 нормалізація показників діурезу (1,36±0,42 мл/кг/год.), нормальний рівень електролітів (Na⁺ 136,1±1,02 ммоль/л, K⁺ 4,2±0,15ммоль/л) та гемодилуція (Ht 0,35±0,2) відмічались уже на 1 добу. У гр.№2. показники діурезу та Ht нормалізувались на 2 добу - 1,03±0,13 мл/кг/год. та 0,36±0,02, рівень Na⁺ та K⁺ на 1 добу становили 134,7±0,87 та 3,6±0,08 ммоль/л відповідно У пацієнтів гр.№3 на 2 добу Ht 0,33±0,02, темпи діурезу - 0,65±0,12 мл/кг/год. Електроліти були в межах норми.

Висновки: повноцінна (за часом та складом) інфузійна терапія дозволяє нормалізувати основні показники водно-електролітного обміну у пацієнтів легкого та середнього ступеня тяжкості уже на 1-2 добу після операції. А у тяжких хворих вдалося добитися гемодилізії, проте темпи діурезу залишались низькими, що і призвело до летальності у 7,4% випадків.

І.Д. Савранська

ХІРУРГІЧНИЙ СТРЕСОРНИЙ ЕФЕКТ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДУ СТВОРЕННЯ РОБОЧОГО ПРОСТОРУ

Кафедра хірургії №2

О.А. Ярмак (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Надмірний внутрішньочеревний тиск та резорбтивний вплив вуглекислого газу під час лапароскопічних втручань здатні впливати на системний та органний кровообіг, змінювати механіку дихання з компресією судин малого кола, викликати нейрогуморальні зміни і, як наслідок, утруднювати періопераційну курацію пацієнтів та провокувати специфічні ускладнення, особливо у хворих з супутньою патологією при тривалих лапароскопічних втручаннях. Численні дослідження направлені на пошук методик, які знижують негативний вплив НКП на організм.

Мета. Метою дослідження була оцінка гемодинамічних параметрів та динаміки маркерів хірургічного стресорного впливу при використанні НКП та дозованого ліфт-асистованого карбоксиперитонеуму (ДЛКП) під час лапароскопічних оперативних втручань.

Матеріали та методи. В основу дослідження покладено аналіз результатів лікування 112 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітазом, на клінічних базах кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Серед пацієнтів, яким застосовано малоінвазивні методи хірургічної корекції холецистохоледохолітазу у 61 хворого (група порівняння, 54,46%) для створення робочого простору застосовано стандартний НКП з рівнем внутрішньочеревного тиску 10-12 мм.рт.ст. В основній групі (51 хворий, 45,53%) – розроблений метод ДЛКП (4-6 мм.рт.ст) з використанням запропонованого атравматичного пристрою для лапароліфтингу. Проводилась періопераційна реєстрація середнього артеріального тиску (САТ, мм. рт. ст.), частоти серцевих скорочень (ЧСС, уд/хв.), сатурації кисню в крові (SpO₂, %), рН крові, динаміки рівнів кортизолу, TNF-α, IL-6, С-реактивного протеїну (СРП) плазми. Статистичний аналіз здійснювався за допомогою програми STATISTICA 6.0 (StatSoftInc®, USA). Застосовувались непараметричні критерії (Манна-Уїтні, Уїлкоксона).

Результати. За результатами дослідження періопераційні показники САТ, ЧСС в групі порівняння достовірно перевищували дані показники основної групи (p<0,05, p<0,001). Рівень SpO₂ при триразовій фіксації в групі НКП був достовірно нижчим (p<0,001). Показник рН крові був достовірно нижчим в групі порівняння інтраопераційно (p<0,001) та після десуфляції CO₂ (p<0,001). Зміни показників TNF-α та IL-6 плазми крові співпадали з динамікою показників кортизолу плазми і були значно вищими в групі застосування НКП. Показники СРП плазми під час оперативного втручання у двох групах мали лише незначну тенденцію до зростання (p>0,05).

Висновки. Використання методу ДЛКП з інтраабдомінальним тиском 4-6 мм. рт. ст. має переваги перед застосуванням методу стандартного НКП (10-12 мм. рт. ст.), здійснюючи менший стресорний та травмуючий вплив на організм хворого.

М.М. Савчук

СУЧАСНІ СПОСОБИ ДІАГНОСТИКИ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Кафедра хірургії медичного ф-ту № 2

Я.В. Карий (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. У останні десятиріччя відзначається зростання показників поширеності жовчнокам'яної хвороби, особливо її ускладнених форм. Серед них механічна жовтяниця (МЖ) вважається однією з найбільш важких ускладнень і є причиною досить високих показників післяопераційних ускладнень (15–60%) і летальності (15–30%).

Мета роботи: вивчення ефективності способів діагностики МЖ.

Матеріали та методи: Проаналізовано результати хірургічного лікування 40 хворих на МЖ, які знаходились у хірургічному відділенні ВОКГВв. Вік хворих – від 60 до 90 років. Жінок було 25 (62,5%), чоловіків – 15 (37,5%). Тривалість МЖ до 14 днів діагностовано у 20 (50,0%), від 14 до 30 днів – у 12 (30,0%), більше 30 днів – у 8 (20,0%) випадках. МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 24 (60,0%) хворих, злроякісного – у 16 (40,0%).

Результати: Для діагностики МЖ застосовано загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. У всіх хворих на МЖ було проведено трансабдомінальне ультразвукове дослідження (ТУЗД) та

фіброгастро-дуоденоскопію. Для прямого контрастування жовчних проток застосовано ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ) у 13 (32,5%) хворих та інтраопераційну холангіографію (ІОХГ) – у 9 (22,5%) випадках. Спіральну комп'ютерну томографію з в/в-контрастуванням проведено при патології підшлункової залози у 10 (25,0%) хворих. При незадовільних результатах ТУЗД та при неможливості виконання ЕРПХГ застосовано ендоскопічну ультрасонографію (ЕУСГ) у 22 (55,0%) випадках.

Висновки: УЗД є інформативним у виявленні холецистохоледохолітіазу та первинній діагностиці біліарної гіпертензії. При незадовільних результатах ТУЗД доцільно застосовувати ЕУСГ. ЕУСГ порівняно з ЕРПХГ та ІОХГ є менш інвазивним методом діагностики непрохідності жовчних проток, оскільки не викликає ускладнень пов'язаних з введенням контрасту в жовчні протоки.

В.В. Сайчук, Ю.В. Кукарєва
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Кафедра хірургії №1
В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: лейоміома (пухлина, яка складається з пучків гладком'язових веретеноподібних клітин, оточених ретикуліновими волокнами) являє собою основну форму доброякісних неепітеліальних новоутворень шлунково-кишкового тракту і шлунку зокрема. Довгий час дане захворювання може протікати безсимптомно і частіше всього вперше проявляються ускладненнями, такими як кровотеча, непрохідність, розрив стінки шлунка і перитоніт. Лейоміоми мають високу схильність до малігнізації. Лікування даного захворювання тільки хірургічне, а оперативне втручання має бути проведено в найкоротші терміни до розвитку серйозних ускладнень і малігнізації.

Мета: вивчити особливості клініки, діагностики та лікування лейоміом шлунково-кишкового тракту на прикладі власних спостережень.

Матеріали і методи: ретроспективно та проспективно проаналізовано результати лікування 32 пацієнтів, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні ВОКЛ ім. М.І. Пирогова і були прооперовані з приводу лейоміом різних відділів шлунково-кишкового тракту протягом 2006-2016 років.

Результати: серед 32 пацієнтів, прооперованих з приводу лейоміом різних відділів шлунково-кишкового тракту, жінки становили 59%, чоловіки – 41%. Дане захворювання зустрічалось у хворих різних вікових груп, але найчастіше - у віці 50-70 років. У 80% хворих були діагностовані лейоміоми шлунку, у 6% хворих лейоміоми стравоходу, у 5% хворих - лейоміоми дванадцятипалої кишки, у 7% хворих – лейоміоми тонкої кишки, і лише у 2% хворих – лейоміома поперечно – ободової кишки. Розмір найменшої видаленої пухлини склав 2*2 см, найбільшої – 6*7см. Гістологічно у 73% пацієнтів було діагностовано лейоміому з виразкуванням, у 14% пацієнтів – лейоміома з некрозом, у 11% - лейоміома з ангіоматозом, що свідчить про наявність ускладнень даного захворювання на момент лікування більшості пацієнтів, внаслідок пізньої діагностики лейоміоми. Що стосується виду оперативного втручання, то 51% пацієнтів була виконана лапаротомія з видаленням лейоміоми, секторальна резекція шлунку – 27% пацієнтів, резекція шлунку по Більрот-I – 9%, субсерозне видалення лейоміоми шлунку – 7%, сегментарна резекція ураженого відділу кишки – 6%.

Висновки: отже, проведений нами статистичний аналіз свідчить про те, що серед лейоміом різних відділів шлунково-кишкового тракту найбільш поширеними є лейоміоми шлунку. Дане захворювання частіше зустрічається у віці 50-70 років, в переважній більшості випадків хворіють жінки. Майже у всіх пацієнтів були ускладнення даного захворювання на момент лікування, що свідчить про його пізню діагностику. Єдиним ефективним методом лікування даного захворювання є хірургічний. Вид і тактика оперативного втручання залежить від розміру та локалізації новоутворення.

Д.В. Сачук
РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кафедра «Сестринська справа»
П.В. Яворський (д.мед.н.)
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»
м. Житомир, Україна

Актуальність: Частота післяопераційних ускладнень пропорційна обсягу хірургічних втручань і коливається (або варіює) в великому діапазоні (6-20%), що пов'язано з їх особливостями .

Надзвичайно важливо дотримуватися правильного ведення післяопераційного періоду, правильного догляду за хворим, вчасного виявлення ускладнення та ефективної їх профілактики. Тому в даній ситуації велику роль відіграє сестринський догляд, адже саме медична сестра перебуває з хворим протягом усієї доби, саме вона слідкує за станом пацієнта, виявляє першою зміни в його організмі.

Основна мета післяопераційного періоду - сприяти процесам регенерації та адаптації, що відбувається в організмі хворого, повернути його до попереднього активного життя, а також попереджати, своєчасно виявляти і боротися з ускладненнями, що виникли, бо саме в цей час хворий потребує максимальної уваги та догляду, саме в цей час проявляються ускладнення всіх дефектів передопераційної підготовки та самої операції. Тому наскільки медична сестра буде професіоналом своєї справи, тим зменшиться ризик виникнення післяопераційного ускладнення.

Мета: Визначення факторів впливу на розвиток післяопераційних ускладнень. Обґрунтування ролі медичної сестри в їх профілактиці.

Матеріали та методи: Щоб досягти мети, ми використовували медико-соціологічний метод - анкетування, в якому взяло участь 120 осіб різного віку. Серед них було 30 студентів відділення «Сестринська справа», 30 медсестер-бакалаврів, 30 магістрів за спеціальністю «Сестринська справа» Житомирського інституту медсестринства та 30 практикуючих медичних сестер відділення інтенсивна терапія для післяопераційних хворих ОКЛ ім. О. Ф. Гербачевського м. Житомир.

Результати: Нами було встановлено, що провідними факторами виникнення післяопераційних ускладнень є хибне уявлення про значущість післяопераційного періоду, значне навантаження на медичну сестру, недостатня сан - просвітня робота серед населення, нечітке розмежування хворих за станом їх хвороб.

Висновок: Не дивлячись на досягнення сучасної хірургії, показник ускладнень в післяопераційному періоді все одно залишається високим. Тому на плечі медичного персоналу лягає велика відповідальність, зокрема на медичну сестру, адже саме вона стає найближчим „другом" для хворого. Професіоналізм та якісна робота медичної сестри з молодшим медичним персоналом та родичами хворого стають запорукою ефективного лікування пацієнта та основним чинником попередження розвитку післяопераційних ускладнень.

Д.В. Сімчук

ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕСАДКИ ВІЛЬНИХ ШКІРНО-ЖИРОВИХ ЛОСКУТІВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З СИНДРОМОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА

кафедра загальної хірургії

С. Б. Майструк, (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність. В 2016 році у Вінницькій області зареєстровано 50 937 пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД). При цьому 1 тип – 2 489 чол., 2 тип – 48448 чол. Від ускладнень ЦД померло - 3,13 на 100 тис. нас. Високих ампутацій проведено - 4,51 на 100 тис. нас. Часто пацієнти поступають на лікування з запущеною формою діабетичної стопи у стані декомпенсації ЦД. Основною ціллю в таких випадках є виграти час для компенсації загального стану і зберегти пацієнту кінцівку. В дослідженні було апробовано метод трансплантації вільних «утильних» шкірно-жирових лоскутів для закриття ранового дефекту кукси стопи після резекції, а також для пластики шкіри на рані зі значними дефектом тканин.

Мета – визначити ефективність застосування даного методу для пластики дефектів шкіри на куксі і в рані у хворих на ЦД з трофічними виразками.

Матеріали і методи. В основі роботи використовувався метод «spareparts» трансплантації вільного шкірно-жирового лоскута з ампутованої кінцівки по методиці Н. В. Свірідова, в розрахунку на відторгнення трансплантату. Проведено спостереження за 9 пацієнтами, 7 з них виконана дана операція. Після цього оцінювалися наступні показники: компенсація ЦД, стан тканин навколо рани і підошвого лоскуту, пересаджених тканин, наявність інфекції в рані.

Результати. З 05.2016 по 02.2017 в хірургічному відділенні ВОКВЕЦ спостерігалось 7 хворих, яким виконана трансметатарзальна резекція стопи з заміщенням дефекту тильної поверхні кукси стопи вільними шкірно-жировими лоскутами за методом spareparts. 2-м хворим був заміщений дефект п'яти шкірним трансплантатом з живота. У всіх хворих був ЦД 2 типу, вік хворих – 54-68 років, стаж ЦД – 12±4 роки. Оперативне лікування виконувалося після компенсації ЦД, стабілізації гнійного запалення, зняття венозного набряку, покращення кровообігу в стопі. Після операції – іммобілізація стопи, надання розвантажувального положення. Остаточна дерматопластика апаратом ДК-717.0.00 виконана 3 хворим при трансметатарзальній редекції, 1-й хворій з пластикою п'яти. 1 хворій проведена трансфеморальна ампутація ноги ізза прогресування ішемії. 2 хворих знаходяться на амбулаторному лікуванні для підготовки рани для вторинної пластики шкіри (некретомія та остаточна дерматопластика). Після проведених маніпуляцій загальний стан кукси стопи оцінений за показниками вказаними вище.

Висновки. Нами встановлено, що даний метод шкірної пластики у хворих на ЦД скорочує час перебування хворого в хірургічному стаціонарі, зберігає опорну здатність стопи, профілакує вторинне інфікування куки стопи, п'яти. Вибір такого методу оперативного втручання задовольняє наступні умови: закриває рановий дефект, запобігає пересушенню рани, і найголовніше – до відторгнення трансплантату дає час на стабілізацію стану пацієнта і водночас стимулює ріст грануляцій під шкірно-жировим лоскутом на які можна пересаджувати

шкіру методом аутодерматоластики, при цьому зберігається довжина кукси кінцівки і суглоб, зменшується вірогідність проведення високої ампутації.

В.А. Стародуб

ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА ЧУТЛИВІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ ЗБУДНИКІВ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ІНТЕНСИВНІ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра хірургії №1, Курс анестезіології та реанімації

Д.В. Дмитрієв (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Ефективне застосування антибактеріальних засобів в комплексному лікуванні гнійно-запальних хворобу дітей є критично важливим для одужання.

Мета. Вивчити етіологічну структуру септичних станів, оцінити ефективність антимікробних засобів щодо збудників гнійно-запальних процесів у дітей.

Матеріали і методи. В дослідженні провели аналіз збудників гнійно-запальних процесів у дітей, які лікувались у відділенні інтенсивної терапії. Вивчали чутливість ізольованих від хворих мікроорганізмів до антибактеріальних засобів.

Результати. Проаналізовано 1751 мікробіологічне дослідження. 318 клінічних ізолятів (18%) було ідентифіковано як збудників гнійно-запальних захворювань. Грампозитивні збудники визначались в 56% випадків, грамнегативні - у 44% випадків. Провідним грампозитивним збудником був *Staphylococcus aureus* (64%), - 93 пацієнти. Бактерії роду *Streptococcus* визначали в 53 випадках (34%). Серед грамнегативних паличка синьозеленого гною визначалась у 52 пацієнтів (46%). В інших випадках визначались: у 40 пацієнтів виділили *Enterobacterspp.* (35%), в 14 – *E. coli* (12%); у 4 – *Citrobacterspp.* (4%), у 3 – *Klebsiellaspp.* (3%). Вивчивши їх чутливість до антибактеріальних засобів визначили, що високоефективними щодо грампозитивних бактерій виявились оксацилін, ванкоміцин, тієнам (0% стійких ізолятів). Незначну резистентність встановили до гатіфлоксацину (3,7%), цефтриаксону (4,2%), лінезоліду (4,5%), меропенему (5%), ципрофлоксацину (5,1%), гентаміцину (8,7%), ріфампіцину (9%). Високу стійкість визначили до офлоксацину (16% стійких ізолятів), амоксиклаву (17%), пеніциліну (17,4%), азітроміцину (19%).

Грамнегативні мікроорганізми найкращу чутливість мали до: піпераціліну/тазобактаму, коломіцину (100%). Помірну стійкість визначали до цефоперазону (2,5% стійких ізолятів), гентаміцину (5%), амікацину (7%). до азтреонаму (10%), цефтазидиму (11,6%), цефепіму (13%), цефуросиму (17%). Встановлена резистентність до меропенему (21,6% стійких ізолятів), тієнаму (22%), цефтриаксону (23,3%), ципрофлоксацину (24,4%), амоксиклаву (25%).

Висновки. Грампозитивні мікроорганізми (56%), зокрема *S. aureus* (29,2%), найчастіше спричиняють гнійно-запальні захворювання в пацієнтів ВАІТ дитячого віку. Високоефективними, щодо грампозитивних збудників інфекцій в хворих ВАІТ залишаються ванкоміцин, тієнам, гатіфлоксацин, цефтриаксон, лінезолід, меропенем. Провідним грампозитивним збудником інфекційно-запальних процесів в важкохворих дітей є синьогнійна паличка (46%), яка зберігає чутливість до коломіцину, піпераціліну/тазобактаму (100%). Отримані результати дозволили оптимізувати призначення антибактеріальних засобів, підвищити їх ефективність та зменшити витрати на лікування.

О.В. Степаненко, Р.М. Чернопищук, Т.Ю. Повшедна, А.В. Ковальчук

КОМП'ЮТЕРНА МОРФОМЕТРІЯ ОСАДУ СЕЧІ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК РОЗВИТКУ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Кафедра загальної хірургії

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини¹

О.М. Чепляка (к.мед.н., доц.), М.І. Бурковський (к.мед.н., доц.),

М.В. Овчарук¹ (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. На сьогодні дослідження нейтрофільних гранулоцитів, які є першою лінією захисту від інфекцій, становить неабиякий інтерес (Пинегин Б.В., Маянский А.Н., 2007). При цьому важливим є не лише визначення їх кількості, а й встановлення особливостей їх функціональної активності. Вивчення кінетики фагоцитозу нейтрофілів, окрім теоретичного інтересу, дозволяє розробити підходи до визначення причини порушення функціонування цих клітин, що може бути корисним у діагностиці захворювань і оцінці стану організму людини загалом (Герасимов И.Г., Гальбурт Т.М., 2009).

Сучасний розвиток комп'ютерних технологій дозволяє проводити визначення не лише окремих морфометричних параметрів (діаметру, площі, компактності тощо), а й автоматичний розрахунок інтегральних

показників, в тому числі фактору форми нейтрофільних гранулоцитів (ФФНГ). Маючи в розпорядженні світловий мікроскоп з комп'ютерним аналізатором зображення, морфометричну комп'ютерну програму з можливістю визначення показника фактору форми та відповідно забарвленій мазок крові можна швидко і точно оцінити стан функціональної активності нейтрофільних гранулоцитів, базуючись на зміні форми цих клітин.

Відсутність в існуючій літературі інформації про можливість визначення цього показника у сечі сприяло проведенню відповідного дослідження.

Мета: вивчення діагностичних можливостей визначення показника фактору форми нейтрофільних гранулоцитів, виявлених у сечі.

Матеріали і методи: обстежено 19 хворих з інфекційними захворюваннями сечовидільних шляхів (основна група) та 12 здорових добровольців (група спостереження). Для цього використовували мазки осаду сечі, які готувались шляхом її двократного центрифугування, нанесення на скельце, підсушування, фіксації 96% етиловим спиртом, забарвленням за Романовським-Гімзою; мікроскоп «МИКМЕД – 2» з MEDICAL IMAGE VIEW STATION і комп'ютерним аналізатором зображення UNHSCSAImageTool v.3.0, а також комп'ютерну програму «Factor M», розроблену фірмою «Єва» (Україна). При цьому досліджували 5 нейтрофільних гранулоцитів у різних ділянках предметного скельця та розраховували середній показник їх фактору форми. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері з використанням програмного пакету STATISTICA 6.1. Для порівняння відповідних показників незалежних груп застосовували непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова.

Результати: показник ФФНГ у здорових добровольців сягав $0,9722 \pm 0,0078$. В основній групі цей показник достовірно знижувався і становив $0,8679 \pm 0,0092$ ($P \leq 0,001$).

Висновки: на тлі інфекційного запалення сечовидільних шляхів спостерігається достовірне зниження фактору форми нейтрофільних гранулоцитів сечі. Отже, метод володіє діагностичним потенціалом та відображає наявність інфекційного процесу.

Перспективним є подальше вивчення особливостей змін цього показника при окремих патологічних станах, дослідження його кореляційних зв'язків з існуючими методами дослідження сечі та аналіз його прогностичних можливостей.

А. А. Стешенко, А. Ю. Колесников

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Кафедра факультетской хирургии

В. Н. Клименко (д.мед.н., проф.)

Запорожский государственный медицинский университет

г. Запорожье, Украина

Актуальность. Основными методами лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, являются эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Применение методов эндоскопической литотрипсии всегда позволяет добиться адекватного результата ввиду невозможности экстракции осколков конкрементов наряду с существованием разных типов большого дуоденального сосочка, что не позволяет достичь адекватной размерам конкрементов длины рассечения при эндоскопической сфинктеротомии. Приведенные данные обуславливают необходимость применения баллонной дилатации как дополнительного метода при эндоскопической литоэкстракции больным с крупным холедохолитиазом (больше 1 см), что в последующем требует оценки эффективности и безопасности данной методики.

Цель. Оценить эффективность и безопасность баллонной дилатации при транспапиллярных вмешательствах у больных с механической желтухой, обусловленной крупными конкрементами холедоха.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии ЗГМУ за период 2016 года было выполнено 215 эндоскопических вмешательств, при этом пациентов с механической желтухой на фоне крупного холедохолитиаза (больше 1 см) было 27 (27/215; 12,5%). Средний возраст составил 58 лет, женщин было 15 (15/27; 55,5%), мужчин – 12 (12/27; 44,4%). Всем пациентам выполнены эндоскопические транспапиллярные вмешательства: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с проводниковой (SGW/DGW) эндоскопической папиллосфинктеротомией, механической литотрипсией, баллонной дилатацией (диаметр баллона 16 мм) и эндоскопическая литоэкстракция.

Результаты. Летальных исходов не было, у 3 пациентов (3/27; 11%) отмечалось во время процедуры кровотечение, которое было остановлено путем орошения растворами вазоконстрикторов. У 11 (11/27; 41%) больных отмечалось проходящая гиперамилаземия с элевацией сывороточной амилазы в 3-4 раза выше нормы, но без клинических проявлений острого панкреатита, при этом у пяти (5/27; 18,5%) из них выполнялась установка временного панкреатического стента рабочей длиной 3 см и диаметром 3 Fr типа «pigtail», который удалялся на третий день после процедуры на фоне снижения уровня альфа-амилазы крови до нормальных значений. У пяти (5/27; 18,5%) больных отмечалось клиника острого панкреатита средней тяжести, с последующим успешным консервативным лечением, у трех (3/27; 11%) – кратковременный острый холангит.

Ретродуоденальной перфорации не было. У всех пациентов с баллонной дилатацией литоэкстракция была выполнена в один этап.

Выводы. Эндоскопическая баллонная дилатация эффективно позволяет выполнить литоэкстракцию пациентам с крупным холедохолитиазом. Учитывая высокий риск развития острого панкреатита после баллонной дилатации, данная процедура требует применения методов профилактики в виде временного стентирования вирсунгова протока и тщательного подбора пациентов с учетом пациент-зависимых и пациент-независимых рисков.

М.С. Стоян, В.М. Свекатун., В.Д.Поліщук.

КОРЕКЦІЯ ФЕНОМЕНУ ГЕТЕРОХРОНІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ

Кафедра дитячих хвороб

В.О. Дмитряков. (д.мед.н., проф.)

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: Вади розвитку органів сечовидільної системи займають одне з провідних місць та складають більше 35-40% серед природжених захворювань дитячого віку. Гідронефроз складає 5% та є одним з найбільш важких захворювань. Однією з причин розвитку гідронефрозу є гетерохронія, що зумовлена нерівномірним дозріванням окремих функціональних систем організму у процесі онтогенезу.

Мета: патогенетичне обґрунтування використання малоінвазивних методик, спрямованих на раннє відновлення уродинаміки, що дозволить корегувати гетерохронію органів сечовидільної системи.

Матеріали та методи: Можна виділити два види гетерохронії, як єдиного процесу, притаманного усім живим організмам: акселерацію – прискореного розвитку тканин органу, та ретардацію – затримку розвитку та диференціювання тканин. Обидва цих явищ провокують порушення уродинаміки. Це призводить до застою сечі та підвищення внутрішньомискового тиску, який тягне за собою морфологічні та патофізіологічні пошкодження структур нирки.

Організм дитини має великі компенсаторні можливості, тому тривалий час не вдається виключити патологічний вплив гетерохронії на функціонування сечовидільної системи. Рання діагностика порушень уродинаміки верхніх сечовидільних шляхів дає можливість швидко реагувати та не допускати декомпенсації процесу.

Трансвезикальне внутрішнє стентування сечоводу: маніпуляція полягає у розширенні звуженої зони, шляхом проведення калібрування, дилатації звужених частини сечоводу та миско-уретерального відділу, використовуючи балон - дилататор відповідного розміру з монотричним моніторингом балонного тиску. Використовувався стент відповідний віковим параметрам, та утримувався від 1 до 4 місяців при періодичному моніторингу стану уродинаміки скомпromетованої нирки.

Після стентування на 2-3 день, при нормалізації стану, дитина виписувалась зі стаціонару на амбулаторне спостереження. Критеріями оцінки стану нирок, крім візуальних методів дослідження, були клінічні та лабораторні показники.

Результати: 3 2010 року в клініці дитячої хірургії з діагнозом гідронефроз за запропонованою методикою проліковано 18 дітей у віці від 1,5 до 7 років. Після ультразвукового, рентгенологічного контролю та відбору: хлопчиків – 10; дівчаток – 8. По локалізації: гідронефроз зліва – 11; справа - 7. Оцінка результатів проводилась зачотирьохбальною шкалою: відмінно - 5; добре - 3; задовільно - 2; незадовільно - 8. Незадовільні результати були отримані у 8 дітей з III ст. гідронефрозу, але вдалося адекватно відстрочити операцію, усунути запальний процес, поновити уродинаміку та нормалізувати загальний стан дитини.

Висновки: Використання малоінвазивних методик з урахуванням явища гетерохронії дозволить покращити результати лікування гідронефрозу у дітей.

В.Л. Суворов

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДІАФІЗУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

А.Ф. Левицький (д.мед.н, проф.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. За даними літератури переломи стегнової кістки становлять від 4% до 8,5% всіх переломів в дитячому віці. Для оперативного лікування переломів діафізу стегнової кістки у дітей використовуються наступні типи фіксаторів : гнучкі інтрамедулярні фіксатори (ГІФ), апарати зовнішньої фіксації (АЗФ), ригідні інтрамедулярні фіксатори (РІФ), пластини.

Ускладнення після оперативного лікування переломів стегнової кістки можна поділити на загальнохірургічні (інфекційні ускладнення, кровотеча, утворення гематом) та специфічні, що пов'язані з використанням

фіксаторів (міграція, перелом фіксатора; контрактура суглобів, сповільнена консолидація перелому, компартмент-синдром).

Оперативне лікування з використанням відповідного фіксатора повинно забезпечувати оптимальні умови для зрощення перелому, зменшувати тривалість лікування, сприяти ранньому відновленню функції хворої кінцівки.

Мета: провести аналіз ускладнень оперативного лікування переломів діафізу стегнової кістки у дітей.

Матеріали і методи:

Результати роботи ґрунтуються на аналізі медичної документації 33 пацієнтів (35 переломів стегнової кістки), що перебували на лікуванні у відділенні ортопедії та травматології НДСЛ «ОХМАТДИТ» за період з 2005 по 2011 рік. При дослідженні використовувалися наступні данні з історій хвороб: вік, вид оперативного лікування, наявність та вид ускладнень, що були наявні протягом року після оперативного втручання.

Результати:

ГІФ були застосовані у 22, АЗФ у 6, пластини у 4 та РІФ у 3 випадках. Розподіл дітей за віком наступний: група АЗФ – 10р. (від 5 до 14 р.), пластин – 10 р. (8-12 р.), РІФ – 14 р. (12-16 р.), ГІФ – 8 р. (5-12 р.). Наявність ускладнень складає 33% після використання АЗФ (2 випадки) – 1 перелом фіксатора (ПФ) та 1 поверхнева інфекція (ПІ); 25% після використання пластин (1 випадок) – 1 деформація кінцівки (ДК), 33,3% після РІФ (1 випадок) – 1 ПФ та 18,2% після ГІФ (4 випадки) – 4 контрактури суглобів (КС).

Висновки: У дітей найпоширенішим видом фіксатора для оперативного лікування переломів діафізу стегнової кістки є ГІФ. Пластини та ГІФ використовувались у дітей до 12 років, РІФ – у дітей з 12 років, АЗФ – у будь-якій віковій категорії при наявності відкритого перелому стегнової кістки. Найбільша кількість ускладнень була у групах з використанням РІФ та АЗФ, найменша кількість - у групі ГІФ. Серед ускладнень у групі АЗФ частіше зустрічались ПФ та ПІ ускладнення. У групі, де використовувалися пластини частіше ніж при використанні інших фіксаторів зустрічалась ДК. У групі ГІФ частіше виникали КС.

Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що при використанні ГІФ кількість ускладнень є найменшою, проте такий тип фіксаторів не рекомендується використовувати при відкритих переломах та у дітей старше 12 років.

В.Г. Сулейманова

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТРОКСАНУ ПРИ МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ФЛЕГМОН ШИЇ

Кафедра хірургії №1 з курсами урології, анестезіології і реаніматології

В.Ф. Кривецький (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Глибока флегмона ший – одне з найважчих гнійно-запальних захворювань в хірургії. Це обумовлене анатомо-фізіологічними особливостями даної ділянки, стертою місцевою симптоматикою, вираженим ендотоксикозом, частим розвитком життєвонебезпечних ускладнень, відсутністю досконалих лікарських засобів для місцевого лікування гнійних ран.

Мета: Вивчити результати лікувальної ефективності місцевого використання метроксану у хворих з флегмонами ший.

Матеріали та методи: Були порівняні результати лікування 84 хворих основної та 57 пацієнтів групи порівняння з глибокими флегмонами ший. Для лікування гнійних ран в основній групі була використана багатокомпонентна сорбційна нанокомпозиція (метроксан), що містила високодисперсний діоксид кремнію, поліметилсилоксан, декаметоксин та метронідазол у співвідношенні 63%:28%:1,5%:7,5%. У групі порівняння для місцевої дії на гнійні рани застосовувалися багатокомпонентні мазі на водорозчинній основі. В іншому лікуванні хворих не відрізнялось. В якості критеріїв оцінки ефективності порівнюваних методів були використані строки припинення виділень з ран, зникнення інфільтрації м'яких тканин, появи грануляцій, нормалізації акту ковтання, відновлення функції нижньої щелепи, нормалізації температури тіла, видалення дренажів, накладання вторинних швів, строки стаціонарного лікування.

Результати: Припинення гноетечі з ран в основній групі склало $4,84 \pm 0,51$ доби, в групі порівняння $6,91 \pm 0,61$ ($p < 0,05$). Зникнення інфільтрації і набряку м'яких тканин становило відповідно $4,83 \pm 1,04$ дні та $8,04 \pm 1,22$ діб ($p < 0,05$). Поява грануляційної тканини в основній групі виявлена на п'яту добу ($5,04 \pm 0,94$), в другій – близько сьомої ($6,93 \pm 0,54$), $p > 0,05$. Нормалізація акту ковтання відповідно на $7,59 \pm 0,86$ добу і на $9,01 \pm 1,04$ ($p > 0,05$). Відновлення функції нижньої щелепи констатоване в основній групі на $6,54 \pm 0,87$ добу проти $9,56 \pm 1,22$ в групі порівняння ($p < 0,05$). Нормалізація температури тіла зафіксована відповідно на $6,29 \pm 1,06$ добу і на $8,91 \pm 1,41$ ($p < 0,05$). Дренажі в основній групі видалялися на $7,28 \pm 1,31$ добу, в групі порівняння – на $10,73 \pm 3,04$ ($p > 0,05$). Вторинні шви накладалися на десяту ($10,18 \pm 0,93$) добу в основній і на тринадцяту ($13,22 \pm 1,21$) – в іншій групі ($p < 0,05$). Строки стаціонарного лікування також різнилися на три дні: $18,49 \pm 6,2$ в основній проти $21,84 \pm 7,04$ в групі порівняння ($p > 0,05$).

Висновки: Досліджувані клінічні показники у хворих з флегмонами ший, лікованих метроксаном, мають

суттєву позитивну динаміку в порівнянні з такими результатами у пацієнтів з групи порівняння. Це свідчить про вищу ефективність лікувальних властивостей даної композиції в лікуванні першої фази ранового процесу у порівнянні з класичними аплікаціями мазей на гідрофільній основі.

А.В. Тадосова

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии

Е. М. Гудумак (д. мед. н., проф.)

Государственный Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану

г. Кишинев, Молдова

Актуальность темы: Атрезия пищевода (АП) с трахеопищеводной фистулой или без представляет собой редкое врожденное заболевание, причина которого остаётся неизвестной в 90% случаев. Заболевание встречается у 1 ребёнка на 3500 новорожденных. Частота смертей варьирует от 30% до 80%. АП часто встречается в сочетании с другими врожденными заболеваниями: сердечнососудистой системы, пищеварительного тракта, скелетно-мышечной системы, мочеполовой системы, центральной нервной системы и легочной системы. В 50% случаев диагноз ставится на 2-4 или даже 8 день, что ведёт развитию аспирационной бронхопневмонии которая усложняет прогноз.

Цель: Оценить клинические и параклинические особенности, диагностику и лечение пациентов с АП с целью оптимизации лечебно-диагностической эффективности.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 9 пациентов, поступивших в Центр Матери и Ребёнка в период с 01.01.2015 по 31.12.2016. Диагноз при поступлении АП с трахеопищеводной фистулой или без.

Результаты: Результаты исследования показали, что частота АП у мальчиков составила 89%, у девочек – 11%. Результаты исследования места проживания новорожденных с атрезией пищевода показали, 55,6% ± 17,6 живут в городе. Установлено что в среднем новорожденный поступает в отделение через 3 дня после рождения (3,3 дня ± 2). Согласно полученным результатам 89% детей с АП рождены от вторых родов (88,9% ± 11,06) и 11% - от первых родов (11% ± 11,06). Первым признаком АП на пренатальном УЗИ считается многоводие. Таким образом, были изучены данные о том как протекала беременность у мам, которые родили детей с АП. Беременность протекала с многоводием у 33,3 % ± 16,7 % мам, у 66,7 % ± 16,7 % - без патологий. Согласно исследованиям наиболее часто встречаемые заболевания и аномалии развития, следующие: аспирационная пневмония и персистирующий артериальный проток. Результаты исследования показали, что у 88,9% ± 11,06% новорожденных с атрезией пищевода обнаружен респираторный алкалоз, 11,1% ± 11,06 % - кислотно-щелочной баланс без изменений. У новорожденных с атрезией пищевода и дистальным трахеопищеводным свищем был ушит свищ и установлена гастростома (88,9% ± 11,06%), в случае трахеопищеводного свища без атрезии пищевода был ушит свищ (11,1% ± 11,06%). Согласно полученным данным 77,7% ± 14,7% новорожденным имели осложнения после операций.

Выводы: Чаще всего атрезия пищевода встречается у мальчиков. Наиболее частая форма заболевания – АП с нижней трахеопищеводной фистулой. В большинстве случаев диагноз АП ставится в первый день жизни новорожденного. АП часто встречается в сочетании с врожденными заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

О.О. Твердохліб

РОЛЬ ЦИТОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАДИЦІЙНОЇ І РІДИННОЇ ЦИТОЛОГІЇ

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії

О.М. Печевистий (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цитологічні методи діагностики захворювань шийки матки давно відіграють провідну роль в скринінгу новоутворень жіночих статевих органів. Щорічно у світі виявляють близько 500 тис. випадків РШМ, тільки завдяки проведенню цитологічних досліджень епітелію шийки матки і цервікального каналу, що становить 5% онкологічних захворювань. Найбільшу кількість хворих на РШМ (79%) реєструють у країнах, що розвиваються, де ця форма онкологічної патології посідає 1-ше місце у структурі онкогінекологічної захворюваності та становить 15% від усіх випадків раку у жінок.

За даними Національного канцер-реєстру, в структурі онкологічної захворюваності жіночого населення України РШМ посідає 5-ге місце, а серед хворих на рак у віці від 30 до 54 років — 2-ге рангове місце. Відносно всіх злویкісних новоутворень у жінок частка хворих на РШМ становить 6,0%. У 2016 р кількість випадків на РШМ у Вінницькій області становила 173 на 100 тис. жіночого населення. В останні роки широкої популярності набув метод рідинної цитології, який дав змогу значно збільшити діагностичні можливості і кількість досліджень завдяки комп'ютеризації та автоматизації процесу.

Мета: Метою нашого дослідження було порівняти традиційний і рідинний методи цитології в діагностиці патології шийки матки і оцінити їх ефективність у виявленні внутрішньоклітинного ураження, передракової патології та раку шийки матки.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективне дослідження медичної документації хворих, які спостерігалися в ВООД з приводу дисплазії шийки матки, раку *in situ*, раку шийки протягом останніх трьох років. Аналізувались результати традиційної цитології 908 жінок та 1841 жінок, яким проведено рідинне цитологічне дослідження. Методики статистичної обробки були стандартними.

Результати: При аналізі результатів обстеження встановлено, що традиційним цитологічним дослідженням виявили дисплазію легкого ступеня у 2,1% пацієнок, тоді як рідинною цитологією у 13,8% обстежених жінок, різниця є достовірною ($p < 0,05$); дисплазії середнього ступеня традиційним методом виявили у 0,4%, рідинним – 2,3% пацієнок ($p < 0,05$); важку дисплазію традиційним методом виявили у 0,2% а рідинним – у 1,3% жінок ($p < 0,05$); рак *in situ* традиційним виявили у 0,05%, рідинним – 0,2% ($p < 0,05$). Лише при виявленні раку шийки матки не встановлено суттєвої різниці частоти його діагностики: традиційним – 0,03%, рідинним – 0,05% ($p < 0,05$).

Висновки: Результати нашого дослідження свідчать про високу ефективність методу рідинної цитології, що в 4 рази вища, ніж при використанні традиційного цитологічного дослідження для виявлення внутрішньоепітеліального ураження високого ступеня ризику. Це дозволяє рекомендувати даний метод для ранньої діагностики патології шийки матки з метою своєчасного його лікування.

О.В. Телегузова

МОДЕЛЮВАННЯ ЗЛОЯКІСНОЇ МЕЛАНОМИ З МЕТАСТАЗАМИ У ПЕЧІНКУ ТА ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ЛАБОРАТОРНИХ УМОВАХ

Кафедра хірургії №2

О.А. Ярмак (ас.)

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

Вступ: Лікування прогресуючих та рецидивуючих неоперабельних метастатичних уражень злоякісної меланоми у печінку залишається основною клінічною проблемою. Будь-яке лікування, яке впливає на метастатичні ураження печінки потенційно продовжує життя пацієнта. Варіанти лікування включають хірургічне втручання, місцеву органозберігаючу терапію, хіміотерапію, імуно-хіміотерапію, ізольовану печінкову перфузійну терапію, трансартеріальну хіміотерапію (ТАС) і трансартеріальну хіміоемболізацію (ТАХЕ). ТАХЕ була запропонована як метод паліативного лікування. Інтерлейкін-2 (ІЛ-2) - цитокін, який природно секретується активованими дендритними клітинами і моноцитами / макрофагами, відомий як ключовий протипухлинний засіб у багатьох моделях пухлин, в тому числі з моделями печінкових метастазів.

Мета: оцінити протипухлинну дію поєднання внутрішньоартеріальної ІЛ-2 генної терапії з транскатетерною хіміоемболізацією на моделі метастазів печінки кролика з увеальною меланомою.

Матеріали і методи: Кролики з метастазами в печінку при увеальній меланомі були рандомізовані на чотири групи, по вісім у кожній групі. Після лапаротомії і введення голки 30-го калібру в власну печінкову артерію, були застосовані наступні інтервенційні протоколи процедури: 0,9% фізіологічний розчин (група А, контрольна), ТАХЕ (група В, поодиночі ТАХЕ, ліпідол і мітоміцин), внутрішньо-артеріальна терапія інтерлейкін-2 геном (група С, ІЛ-2), і внутрішньоартеріальне введення інтерлейкін-2 гена в поєднанні з ТАХЕ (група D, ІЛ-2 плюс ТАХЕ). Співвідношення росту оцінювали за допомогою комп'ютерної томографії. Для аналізу індексу апоптозу, пухлинні тканини експлантували для маркування за допомогою термінального кінця дезоксинуклеотидилтрансферази (дУТФ) (TUNEL) та фарбування через 14 днів після проведеної терапії.

Результати: Значні зміни індексу апоптозу спостерігалися в групі D у порівнянні з іншими трьома групами ($P, 0.05$). Різниця між групою С і групою А не була статистично значущою.

Висновки: внутрішньоартеріальна інтерлейкін-2 генна терапія в поєднанні з ТАХЕ володіє потужним протипухлинним ефектом при метастазах печінки кролика з увеальною меланомою в порівнянні з використанням тільки ТАХЕ.

М. Д. Тимочко, Д. О. Сілаєв

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОЧЕЙ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ.

Кафедра очних хвороб

К.Ю.Грїжимальська (ас., к.мед.н.)

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

Актуальність: За останніми даними, алергічні захворювання очей вражають приблизно 15% населення. За даними епідеміологічних досліджень, ринокон'юнктивітами в середньому по Україні страждають 16,5%.

Останні часто поєднуються з системними алергічними захворюваннями, такими, як бронхіальна астма, алергічні риніти, атопічні дерматити.

Мета: вивчити частоту алергічних кон'юнктивітів та блефаритів у хворих на бронхіальну астму та удосконалити методи їх лікування за допомогою сучасних протиалергічних офтальмологічних препаратів.

Матеріали та методи: обстежено 36 пацієнтів з бронхіальною астмою, віком від 25 до 40 років. З них у 7 пацієнтів зустрічався простий блефарит, у 5-ти- алергічний кон'юнктивіт. Всі пацієнти отримували антигістамінний засіб та додатково- очні краплі на основі ектоїна 3 рази на добу.

Проведено наступне обстеження:збір алергічного анамнезу;шкірні алергологічні проби;провокаційні алергічні проби – кон'юнктивальна таназальна;виявлення еозинофілів в соскобі кон'юнктиви.

Офтальмологічна діагностика: біомікроскопія рогівки і кон'юнктиви з використанням щілинної лампи; дослідження із щілинною лампою після інстиляції 0,5% розчину флюоресцеїну (для виявлення рогівкових уражень); проба Ширмера для виявлення дефіциту слюзи; офтальмоскопія та вимірювання внутрішньоочного тиску.

Результати: хворі з блефаритом відмічали зменшення скарг вже з 2-ї доби від початку лікування, гіперемія краю повік зникала на 6-ту добу. Лікування продовжували на протязі 10-ти днів, до повного зникнення ознак захворювання. У хворих з кон'юнктивітом почервоніння кон'юнктиви зникало з 5-ї доби, набряк- з 6-ї доби, слъзотеча- з 5-ї доби, свербіж- з 5-ї доби. Застосування очних крапель на основі ектоїну супроводжувалось знизженням частоти призначення медикаментозних засобів для додаткової терепії алергічного кон'юнктивіта.

Висновки: таким чином, очні краплі EYE-трго 2%, з однієї сторони не містять консервуючої рідини, а з іншої – володіють природною молекулою ектоїна з високими клітинно- захисними і мембранно- ліпідно- стабілізуючими властивостями.

Представлені в роботі дані результатів дослідження та даних літератури про механізм дії нового фармакологічного засобу свідчить про його виражену протизапальну та відновлюючу дію за рахунок стабілізації ліпідного шару слізної плівки і захисту тканин передньої поверхні ока від гіперосмолярності. Це знаходить підтвердження в суб'єктивному і об'єктивному зменшенні подразнення, в зменшенні свербіжу, в покращенні рівня зволоження поверхності ока, в зменшенні неприємних відчуттів зі сторони очей. Тому очні краплі EYE-t можна розглядати в якості перспективного

і альтернативного шляху в лікуванні алергічних захворювань органа зору.

В. А. Тростенюк

МЕТОДИКА ПЕРЕСАДКИ ТІЛА ЗА СЕРДЖІО КАНАВЕРО

Кафедра загальної хірургії

П.С. Шевня (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На даний час є десятки хворих, що не мають можливості поворухнутись. Взяти для прикладу Валерія Спіридонова, який має синдром Вердника – Гоффмана. Ця новітня операція, до якої готуються весь світ може принести дійсно величезні плоди та врятувати сотні, а можливо й тисячі життів. Перша така операція призначена на грудень 2017 року.

Мета: проаналізувати хід операції та методику проведення пересадки голови.

Матеріали та методи: проведено аналіз наукової літератури відповідно тематиці.

Результати: Розпочинається операція з охолодження мозку до 15°C, щоб не пошкодити його структуру. Це уповільнить обмін речовин та дасть можливість призупинити потік крові на 1,5 години операції. Більше цього часу і при більш високій температурі мозок людини без кисню вижити не зможе. За наступного етапу в кровеносні судини пацієнта та донора буде введено кровоспинний препарат – гепарин. Потім артерії та вени голови будуть зшиватись з артеріями та венами тіла. Далі хребет скріплять металевими пластинами. І в останню чергу зшиватимуть мускулатуру та шкіру. Для активації мозку буде проведена електростимуляція. Однією з головних проблем, що ускладнюють операцію, є великі труднощі в з'єднанні фрагментів розрізаного спинного мозку. Канаверо стверджує, що при використанні фьюзогенів існує можливість відновлення розрізаного спинного мозку. Проект, названий Head Anastomosis Venture with Cord Fusion. Попередньо автор проводив подібні операції на мишах та собаках, а як стимулятор відновлення пошкоджених нервових волокон використав поліетиленгліколь. Хоча ймовірніше всього, що в результаті оперативного втручання пацієнт після трансплантації стане квадріплегіком: мозок не зможе управляти м'язами чужого тіла. Подібного роду операції до теперішнього часу на людині ніхто не проводив. Зате на тваринах вже встигли протестувувати, так 21 травня 1908 року американському фізіологові Чарльзу Клоду Гатрі вперше в світі вдалося пересадити голову однієї собаки на тіло іншої. Гатрі зафіксував деякі примітивні рухи і рефлексії пришитого голови. Однак домогтися повного функціонування другої голови собаки вдалося тільки в 1950-х роках в ході експериментів радянського трансплантолога Володимира Деміхова. 14 березня 1970 року група вчених з медичної школи Західного резервного університету Кейза під керівництвом Роберта Уайта, професора нейрохірургії, провели

операцію з пересадки голови від однієї мавпи на тіло іншої. Процедура була в деякій мірі успішною: тварина демонструвало роботу основних органів чуття. Мавпа прожила деякий нетривалий час після операції і навіть намагалася вкусити одного з лікарів.

Висновки: Пересадка голови в першу чергу може бути корисною для тих людей, які вже страждають квадріплегією або ж мають непрацездатні або хворі органи, що вимагають багаторазового хірургічного втручання. Підкоривши таку стихію в майбутньому людство здатне буде за декілька десятків годин врятувати безнадійно хворих та дати їм можливість жити далі.

Я.Й. Тросцінська

ЧУЖОРІДНІ ТІЛА СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ ТА УСКЛАДНЕННЯ, ЩО РОЗВИВАЮТЬСЯ ПРИ ЦЬОМУ

Кафедра дитячої хірургії

Ю.А. Димчина (асс.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця Україна

Актуальність: Діти пізнають навколишній світ не тільки поглядом, вловлюючи звуки та запахи, а й обов'язково на дотик і "на смак", особливо часто ті предмети, які зовсім не призначені для харчування. Досить високий відсоток госпіталізації дітей з підозрою на наявність чужорідного тіла стравоходу робить цю проблему актуальною і важливою у наш час.

Мета: Проаналізувати випадки поступлення дітей з різними чужорідними тілами стравоходу, терміни госпіталізації та ускладнення, що розвивались при цьому.

Матеріали: було ретроспективно досліджено 78 випадків госпіталізації дітей (46 хлопчиків та 32 дівчинки), що поступили до дитячої лікарні з підозрою на наявність чужорідного тіла в стравоході та проаналізовано частоту виникнення ускладнень при цьому.

Результати: У віці до 1 року госпіталізовано 14 дітей (17,9%), до 3 років - 34 дитини (43,5%) та старше 3 років - 30 дітей (38,7%). З 78 випадків чужорідного тіла стравоходу – 60 (76,9%) становили тіла неорганічно походження, серед них у 45 (75%) - монети, батарейки – 10 (16,6%), інші - частини конструктора, пластмасові та металеві вироби. В першу добу поступило 72 дитини (92,3%), 24-48 годин – 5 (6,4%), пізніше - 1 дитина (1,2%). У 31 дитини (67%) діагностовано контактний езофагіт: катаральний – 17 (54,8%), ерозивний – 9 (29,03%), ерозивно-фібринозний – 2 (6,45%), виразковий -3 (9,67%). Посттравматичний стеноз стравоходу розвинувся у 2 дітей, в яких чужорідне тіло знаходилося в стравоході довше 24 годин (батарейка). У всіх випадках виконано ендоскопічне видалення чужорідного тіла (езофагоскопія). Зміни стравоходу запального характеру куповано комплексною консервативною терапією (антациди, репаранти, знеболювачі, інгібітори протонної помпи і тд.). Лікування стеногічних ускладнень потребувало комбінованої терапії (медикаментозно та бужування стравоходу) і призвело до повного вилікування майже у 99% випадків.

Висновки: чужорідні тіла стравоходу в дітей в наш час зустрічаються достатньо часто, характеризуються високим ризиком місцевих ускладнень (67%), важкість яких залежить від давності стояння і характеру тіла. При усіх випадках показано ендоскопічне втручання (езофагоскопія) та комплексний підхід у лікуванні.

Я.Й. Тросцінська

КОРИГУЮЧА ОСТЕОТОМІЯ ПЕРШОЇ ПЛЮСНЕВОЇ КІСТКИ ЯК МЕТОД КОРЕКЦІЇ ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ПЕРШОГО ПАЛЬЦЯ СТОПИ

Кафедра травматології та ортопедії

А.В. Дніпровська (к.м.н., асс.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця Україна

Актуальність: Вальгусна деформація першого пальця стопи у наш час зустрічається достатньо часто особливо у жінок. Незважаючи на відсутність безпосередньої загрози для життя, ця патологія приносить незручність, дискомфорт, деформація інших пальців, біль у суглобах стоп, швидку стомлюваність ніг, складнощі з підбором взуття, а також може згодом призводити до таких ускладнень як хронічний бурсит, деформуючий артроз плюснефалангових суглобів, плоскостопість, перебудови структури плюсневих кісток та інших.

Мета : Покращити результати оперативного лікування Hallux valgus шляхом використання коригуючої остеотомії першої плюсневої кістки в поєднанні з раннім навантаженням на кінцівку.

Матеріали: Вивчено результати оперативного лікування вальгусного відхилення першого пальця стопи коригуючою остеотомією першої плюсневої кістки за 2014-2016 р.р в 78 пацієнтів. Кожному пацієнту виконано передопераційну рентгендіагностику з повторним контролем через 1,3,12 місяців після операції. Усім пацієнтам виконано дистальну коригуючу остеотомію першої плюсневої кістки стопи з фіксацією спицею Кіршнера гвинтом, в деяких випадках виконувалась додаткова резекція привідного м'яза стопи.

Результати: Використання протезування і спеціального ортопедичного взуття дозволило уникнути контрактур в 1 плюснофаланговому і гомілково-стопному суглобах. Середній термін перебування в стаціонарі 8 діб. Треба

відмітити, що при операції на одній стопі за відсутності вираженого болювого синдрому, пацієнтки ходили в ортопедичному взутті без додаткової опори вже на 5-7 день після операції, з наступним навантаженням на передній відділ стопи 3 тижні у звичайному взутті.

Висновок: Проаналізувавши усідані, було отримано відмінний результат у 35%, добрий 42%, задовільний 19% та незадовільний у 4%. Оперативна техніка дистальної коригуючої остеотомії першої плюсневої кістки є надійною та функціонально виправданою методикою. Застосування стабільного остеосинтезу та раннього навантаження на оперовану кінцівку дозволяє зменшити терміни відновлення функції після оперативного лікування Hallux valgus.

А. Ю. Федотенко

НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТРАВОХОДУ

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

Є.В. Шапринський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Лікування хворих на стенозуючі захворювання стравоходу є складною і невирішеною на сьогоднішній день проблемою. На даний час у вітчизняній і закордонній літературі немає єдиної думки щодо методів консервативного та оперативного лікування стенозуючих захворювань стравоходу.

Мета: Мета роботи – покращення результатів хірургічного лікування хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу на основі правильно обраної лікувальної тактики та відповідної периопераційної інтенсивної терапії.

Матеріали та методи: Нами було проаналізовано історії хвороб 123 пацієнтів зі стенозуючими захворюваннями стравоходу, яким були виконані реконструктивно-відновні оперативні втручання на базі відділення торакальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за період 2003-2015 року. Загальна дослідна група складалась з 123 пацієнтів, з них в групу порівняння входило 70 хворих (56,9%), прооперованих з 2003 по 2010 роки, яким проводився стандартний комплекс обстеження та лікування СЗС та групу вивчення, в яку входило 53 хворих (43,1%), прооперованих з 2011 по 2015 роки, у яких застосовувався запропонований діагностично-лікувальний алгоритм.

Результати: В ході аналізу клінічних даних була запропонована логістична модель прогнозу виникнення післяопераційних ускладнень:

$g = 1 + \exp(-\text{regpred})$

$\text{regpred} = -4,056 - 672X_1 - 8,079X_{21} + 2,171X_{22} + 3,293X_{23} - 9,904X_{31} - 0,248X_{32} + 0,849X_{33} + 4,14X_4 + 3,277X_5,$

де g - ризик післяопераційних ускладнень, відповідно до якого обиралась тактика лікування:

при $g > 70\%$ інтенсивна інфузійна терапія з корекцією трофічного статусу в умовах відділення інтенсивної терапії, мініінвазивні методи; при $40\% < g < 70\%$ інтенсивна інфузійна терапія з корекцією трофічного статусу в умовах відділення інтенсивної терапії, езофагопластика; при $g < 40\%$ езофагопластика з попереднім проведенням передопераційної підготовки. За рахунок диференціації лікування на основі використання даної логістичної моделі вдалося достовірно знизити кількість як неспецифічних, так і специфічних ускладнень в післяопераційному періоді в порівнянні з контрольною групою, зокрема, вдвічі зменшити частоту виникнення таких ускладнень, як пневмонія, плеврит, пневмоторакс, ТЕЛА. Також вдалось зменшити післяопераційну летальність з 7,36% у групі порівняння до 2,17% у групі вивчення, та скоротити тривалість перебування хворих в стаціонарі з $27,2 \pm 0,7$ до $23,0 \pm 0,5$ ліжко-днів.

Висновки: Отже, ґрунтуючись на результатах дослідження, можна зробити висновок, що використання нової лікувальної тактики та інтенсивної терапії у хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу дає можливість значно зменшити ризик післяопераційних ускладнень, післяопераційну летальність та скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі.

Т.С.Ференс, О.П. Москалюк

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кафедра хірургії № 2

А.Г. Іфтодій (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) через зростання захворюваності, поширеності та тяжкості його різноманітних ускладнень став однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у 30-80% хворих на ЦД й у 30-70% із них ускладнюється гангренозно-некротичними ураженнями. Статистика останніх років показує, що з приводу гнійно-некротичних ускладнень ЦД у світі виконується 57-125 тис. високих ампутацій на рік, летальність після яких становить від 6 до 50%. Однак, до

кінця не встановлені необхідність, обсяг та тривалість проведення передопераційної підготовки. Також не вивчено застосування фізичних факторів в передопераційній підготовці даної категорії хворих.

Метою роботи є вивчення впливу внутрішньотканинного електрофорезу (ВТЕФ) препаратів α -ліпоєвої кислоти на перебіг перифокального запалення в хворих на ускладнені форми синдрому діабетичної стопи для оптимізації передопераційної підготовки.

Матеріал і методи. Проведено лікування 41 хворого із СДС III-V ступенів ураження за класифікацією Wagner на базі хірургічного відділення № 1 лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Крім традиційної терапії даним хворим в передопераційній підготовці проводився ВТЕФ препаратів α -ліпоєвої кислоти на уражену кінцівку, за методикою розробленою на кафедрі. З оперативних втручань виконували некректомії, розкриття та дренивання гнійника, екзартикуляції пальців з резекцією головок плюсневих кісток, трансметатарзальні ампутації переднього відділу стопи. Результати лікування порівнювалися із даними контрольної групи (n=52), в якій не застосовувався ВТЕФ.

Результати дослідження. Проведення ВТЕФ препаратів α -ліпоєвої кислоти в передопераційній підготовці сприяло зменшенню явищ перифокального запалення, що дозволило провести закриття післяопераційної рани первинним швом в 1,5 рази частіше порівняно з контрольною групою. Кількість післяопераційних ускладнень, зокрема нагноєння післяопераційної куksi, остеомієліт, крайовий некроз, прогресування некротичних процесів, зменшилась в 1,3 рази порівняно з контрольною групою. В 76% випадків основної групи проведено лише одне оперативне втручання, в контрольній групі – 64% відповідно. Опорну функцію кінцівки вдалось зберегти в 86% хворих основної та 76% контрольної групи.

Висновок. Включення ВТЕФ препаратів α -ліпоєвої кислоти в комплекс передопераційної підготовки дозволяє обмежитися «малими» ампутаціями, зберегти опорну функцію кінцівки, зменшити кількість реампутацій.

В.О.Фіщенко, Б.Б. Леськів.

ПРОСТОРОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХОДИ У ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА.

Кафедра травматології та ортопедії

В.О.Фіщенко (д.мед.н, проф.)

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

Актуальність: Лікування хворих з переломами стегнової кістки у вертлюговій ділянці має велике медичне значення. Останні роки в Україні широко і успішно впроваджуються сучасні методики в лікуванні вертлюгових переломів стегнової кістки. Водночас незважаючи на значні успіхи в лікуванні хворих з переломами проксимального відділу стегна постає проблема об'єктивної оцінки віддалених наслідків. Висновки досліджень, у яких проведено порівняння методів лікування суперечливі, а оцінка результатів лікування за допомогою стандартних опитувальників носить суб'єктивний – описовий характер. Незважаючи на клінічну значущість, дослідження ходи як у нормі, так і за патологічних станів донедавна не були предметом спеціального вивчення. Нині у проведених дослідженнях з вивчення опорно-рухової системи все більшого значення набуває об'єктивний аналіз ходи.

Мета роботи: Вивчити просторові характеристики ходи у пацієнтів прооперованих з приводу черезвертлюгових переломів стегна як методики неінвазивного обстеження пацієнтів.

Матеріали і методи:

Нами обстежено 20 пацієнтів з черезвертлюговими переломами стегна, які лікувались на базі травматологічного відділення МКЛШМД. В залежності від методу оперативного лікування пацієнтів розподілено на групи.

До першої групи увійшли хворі яким виконано ендопротезування суглобу (n=7). Пацієнтам другої групи проведено фіксацію пластинами (n=6). Хворим 3 групи виконали інтрамедулярну фіксацію (n=7). Всім пацієнтам проведено аналіз характеристик ходи за допомогою системи GAITRite. Для оцінки результатів використали критерій FAP який об'єднує основні параметри ходи і дозволяє на підставі кількісних характеристик ходи оцінити її якісні параметри. В нормі цей показник складає 95-100%. Результат лікування оцінювали як добрий при інтегральному показнику (FAP) 85–95 %, що відповідало рентгенологічній картині повного правильного зрощення перелому, задовільний — 70–84 %, незадовільний — нижче 69 %. Добрий результат виявили у 4 хворих I групи, 4 хворих II групи і 5 хворих III групи. Задовільний результат виявлено у 3 хворих I групи, 2 хворих II групи, 2 пацієнтів III групи. Незадовільний результат спостерігався у 1 пацієнта.

Висновки: Найбільш об'єктивним методом оцінки лікування ушкоджень нижньої кінцівки є дослідження ходьби. Незважаючи на клінічну значущість, дослідження ходьби донедавна не були предметом уваги спеціалістів. Поява сучасного електронного обладнання відкрила можливість аналізу кількісних та якісних параметрів ходьби. При порівняльній оцінці отримано дані які доповнюють параметричні критерії Харріса та дозволяють більш повно оцінити функціональний стан травмованої кінцівки.

В.К. Харьков, Т.В. Скапчук, О.П. Москалюк
ТРАНСЛОКАЦІЯ СІМ'ЯНОГО КАНАТИКА У ПАХВИННІЙ ГЕРНІОЛОГІЇ

Кафедра хірургії № 2

І.В. Шкварковський (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність. За даними літератури 20 чоловіків з 1000 є гриженосіями (2%). З них пахвинні грижі діагностують в близько 75%. Хірургічне втручання залишається єдиним методом лікування пахвинних гриж. Застосування алотрансплантатів дозволило зменшити кількість рецидивів гриж до 3-9%. Спосіб I.L. Lichtenstein став «золотим стандартом» алопластики пахвинних гриж, який у більшості клінік світу практично не має альтернативи. Проте, не дивлячись на інертність синтетичного матеріалу, навколо нього розвивається тканинна реакція з вираженим запальним компонентом, що спричинює ряд специфічних ускладнень (порушення кровообігу у яечку).

Метою роботи є вивчення доцільності транслокації сім'яного канатика під поперечну фасцію та розробка нового способу хірургічного лікування пахвинних гриж, який попереджує контакт сім'яного канатика з алотрансплантатом.

Матеріал і методи. Топографо-анатомічне дослідження проведено на 50 нефіксованих трупах чоловіків в першу добу після смерті віком від 22 до 65 років, зростом від 160 до 190 см. Морфометричні дослідження включали у себе вимірювання: розмірів зовнішнього пахвинного кільця, пахвинної зв'язки, довжини пахвинного каналу, висоти, ширини та площі пахвинного проміжку, розмірів та площі внутрішнього пахвинного кільця. Оцінювали ступінь розвитку м'язів живота, пахвинної зв'язки, поперечної фасції та передочеревинної клітковини. Визначали місця фіксації м'язів живота та їх перехід в апоневротичну частину. Після розсічення поперечної фасції вивчали можливість транслокації сім'яного канатика в передочеревинний простір.

Результати дослідження. На основі проведених досліджень, запропоновано спосіб розташування сітчастого імплантата на поперечній фасції заводячи верхній край під поперечний м'яз живота. Нижній край імплантата фіксують вузловими швами до пахвинної зв'язки та лобкового горбика. Латеральний та верхній край сітки фіксують за допомогою П-подібних швів з інтервалом 1,5 см, які проводять через апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, внутрішній косий та поперечний м'язи живота і зав'язують на зовнішній поверхні апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Такою фіксацією, на наш погляд, досягається максимальне розтягнення і розправлення сітки. Медіальний край імплантата фіксують до задньої поверхні піхви прямого м'яза живота таким чином, що б сім'яний канатик розташовувався у сформованій вирізці. Розріз сітки додатково укріплюють окремими вузловими швами. Краї апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота зшивають обвивним швом.

Висновки. Використання запропонованого способу фіксації сітчастого імплантата при хірургічному лікуванні пахвинних гриж попереджує контакт сім'яного канатика з алопротезом, запобігаючи розвитку рубцево-атрофічних ускладнень. Фіксація сітки за допомогою П-подібних швів до поперечного, внутрішнього косоного м'язів живота та апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота запобігає гофруванню та міграції протеза.

Т.М.Хлипняч, С.О. Сучок, О.М. Казмірчук

ДИСФУНКЦІЯ МЕЙБОМІЄВИХ ЗАЛОЗ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ

Кафедра очних хвороб

Т.М. Жмудь (к.м.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) 2 типу часто супроводжується дисфункцією мейбомієвих залоз (ДМЗ). ДМЗ - хронічне, дифузне ураження мейбомієвих залоз (МЗ), що характеризується порушенням їх секреторної функції та обструкцією протоків, розвитком нестабільності слізної плівки, симптомами іритації та запалення. Врахування етіо-патогенетичних факторів розвитку ДМЗ дозволить своєчасно поставити діагноз, провести цілеспрямоване лікування даного захворювання та попередити розвиток незворотніх органічних змін реберного краю повік.

Мета: Аналіз поширеності ДМЗ у пацієнтів з ЦД 2 типу та її зв'язок з наявністю кліща *Demodex folliculorum* та дисліпідемією, дослідження ефективності комплексного лікування ДМЗ у пацієнтів з супутнім демодекозом.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 43 пацієнти (86 очей) віком - $66,4 \pm 8,7$ років із компенсованим ЦД 2 типу, тривалістю - $10,1 \pm 5,52$ роки. Всім пацієнтам проводилась візіометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія, тонометрія, проба Ширмера та Норна, компресійний тест для оцінки секреції МЗ, тест на виявлення кліща *Demodex folliculorum*, лабораторні дослідження (ліпідограма, цукор крові, глікозильований гемоглобін), визначалась середня частота кліпання за 1 хвилину. Хворим з ДМЗ було проведено комплексне лікування, що включало гігієнічні процедури з використанням дигтярного мила, серветок

«Vlephaclean», масажу. Пацієнтам з виявленим Demodex додатково до місцевого лікування був призначений «StopDemodex». Оцінка лікування проводилась через 1 місяць.

Результати: Поширеність ДМЗ серед хворих з ЦД 2 типу складала 72,1 % (62 ока), що значно перевищує даний показник у загальній популяції, який складає 39-50 % (R. Pathan, 2015). Було встановлено, що у пацієнтів зі стажем ЦД <5 років (24 ока) було виявлено ДМЗ I-II ступеня важкості, в той час як у пацієнтів зі стажем ЦД >5 років (38 очей) ДМЗ III ступеня важкості зустрічалась у 26,3 % (5/12). Тест на Demodex був позитивний у 65,1 %.

За даними ліпідограми 87,1 % з виявленою ДМЗ мали знижений рівень ЛПВЩ (<0,9 Ммоль/л).

У 12,9 % пацієнтів із ДМЗ було виявлено ксантилазми повік.

Через 1 місяць після використання «StopDemodex» в комплексному лікуванні у пацієнтів з ДМЗ і Demodex відмічалось зменшення інтенсивності всіх суб'єктивних проявів, в більшій мірі зміни стосуються зменшення кількості лусочок, набряку та гіперемії реберного краю повік, покращились показники компресійного тесту, поліпшення проби Ширмера (з $4,9 \pm 0,1$ мм/5хв до $8,9 \pm 0,1$ мм/5хв) та проби Норна (з $8,15 \pm 0,5$ до $9,8 \pm 0,5$ с), середня частота кліпання збільшилась з $14 \pm 0,8$ за хв до $21 \pm 0,8$ за хв. ($p \leq 0,05$).

Висновки: Метаболічні порушення та дисфункція імунної системи у пацієнтів з ЦД 2 типу сприяє виникненню ДМЗ та активації умовно-патогенних мікроорганізмів. Запропонована комплексна терапія дозволяє покращити функцію МЗ та елімінувати Demodex. Проте, враховуючи хронізацію та прогресуючий перебіг ЦД, даній групі пацієнтів рекомендовані періодичні обстеження та курсове лікування з метою покращення якості життя.

Ю.Є. Хомюк

ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ ЖИВИХ ТКАНИН В ХІРУРГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра загальної хірургії

А.В. Багрій (к.мед.н.,)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема хірургічного лікування вузлів щитоподібної залози являється актуальною в зв'язку зі зростанням частоти розвитку пухлин даного органу протягом останніх 10 років. Рак щитоподібної залози являється найбільш частою злоякісною пухлиною органів ендокринної системи, а вузли щитоподібної залози зустрічаються у 40 –

70 % населення Земної кулі.

Мета: покращити результати хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози шляхом застосування апарату для зварювання живих тканин ЕК-300М1.

Матеріали та методи: проаналізовано результати хірургічного лікування 24 хворих з патологією щитоподібної залози.

Результати: застосування електрозварювання в хірургічному лікуванні патології щитоподібної залози дозволило виключити необхідність використання шовного матеріалу та скоротити тривалість перебування пацієнтів в умовах медичного центру до 18 годин.

Висновки: електрозварювання живих тканин – сучасний напрямок хірургії, який дозволяє оптимізувати результати хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози.

Л.А. Христич

МОРФОМЕТРИЧНЕ ВІДОБРАЖЕННЯ ВІКОВИХ ЗМІН КРИШТАЛИКА ЗА ДАНИМИ ОПТИЧНОЇ БІОМЕТРИЇ

Кафедра очних хвороб

Й.Р. Салдан (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кришталік має ектодермальне походження і відомо, що його ріст продовжується безперервно протягом життя завдяки утворенню кришталікових волокон епітелієм передньої капсули. Так як всі інші структури в оці мають відносно сталі розміри, збільшений кришталік може створювати перешкоди нормальній циркуляції внутрішньоочної рідини, що може проявлятися розвитком закритокутової факоморфічної глаукоми. Знання товщини кришталіка також має значення для розрахунку оптичної сили інтраокулярних лінз, тому в залежності від розмірів за допомогою формул обчислюється і підбирається необхідна для імплантації лінза.

Мета: Виявити закономірності змін розмірів кришталіка у різних вікових групах за допомогою метода оптичної біометрії.

Матеріали і методи: Проведено дослідження 800 очей з використанням оптичного біометра LENSTAR LS 900. В основі роботи біометра лежить низькокогерентна оптична рефлектометрія (optical low coherence reflectometry)

– OLCR), за допомогою якої безконтактно відтворюється повна біометрична оцінка органа зору пацієнта з точністю результатів до ± 2 мкм.

Результати: Всіх обстежених було поділено на 16 груп з діапазоном в 5 років і в кожній групі було визначено середнє значення товщини кришталика. В результаті середнє значення товщини кришталика в вибірці 11-16 років становило $3,43 \pm 0,08$ мм, поступово зростаючи до 37-41 років, де дорівнювало $4,01 \pm 0,22$ мм. В групі, де вік хворих складав 57-61 рік, товщина кришталика була $4,40 \pm 0,46$ мм і досягала максимального значення $5,00 \pm 0,28$ мм в вибірці з найстаршими хворими, вік яких сягав 87-91 рік. В зазначених даних чітко прослідковується кореляція між віком та товщиною кришталика – з віком його розміри збільшуються.

Висновки: 1. Знання товщини кришталика має велике значення в рефракційній і катарактальній хірургії для оптимального підбору необхідної для імплантації інтраокулярної лінзи з метою подальшої повноцінної медичної і соціальної реабілітації. 2. Метод оптичної біометрії дозволяє співвідносити між собою розміри ока, що є необхідним в діагностиці закритокутової факоморфічної глаукоми і контролю прогресування аметропії.

Н.А. Цап'як

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ – ОПИС МИНУЛОГО І ПОГЛЯД В МАЙБУТНЄ

Кафедра ЛОР-хвооб

В.В.Кіщук (д.м.н., проф.); К.А.Лобко (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними різних авторів, від 15 до 28% усього населення хворіє на хронічний тонзиліт, в Україні цей показник сягає 1260 на 10 тис. населення і займає одне з перших місць серед усіх захворювань ЛОР-органів. Саме тому проблема хронічного тонзиліту, попри свою давнину, залишається актуальною та важливою в наш час. Це пов'язано не тільки із широким розповсюдженням цього захворювання, але й з набуттям нових знань про ту роль, яку виконують піднебінні мигдалики в організмі, появою нових уявлень про патогенез хвороби.

Мета: Проаналізувати та порівняти особливості діагностики, методи лікування і профілактики хронічного тонзиліту в попередні роки та станом на сьогодні.

Матеріали та методи: Аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, даних статистичних досліджень.

Результати: Хронічний тонзиліт – це інфекційно-алергічне захворювання, яке перебігає зі змінами в імунному статусі та місцевими проявами у вигляді стійкої запальної реакції піднебінних мигдаликів, що морфологічно виражається альтерацією, ексудацією і проліферацією. Раніше вважали, що мигдалики є вогнищем інфекції і шкідливими для організму, тому тривалий час головним методом лікування хронічного тонзиліту була тонзилектомія. Відповідно до сучасних уявлень, мигдалики виконують такі основні функції, як імунну, кровотворну та рецепторну. На даний час використовують переважно консервативне лікування запропоноване професором В.В. Кіщуком і підтверджений імунологічною, клінічною та лабораторною діагностикою. За класифікацією І.Б. Солдатова (1975) розрізняють компенсовану форму хронічного тонзиліту, яку лікують консервативно та декомпенсовану, яку лікують хірургічно. На базі ЛОР-відділення ім. М.І. Пирогова протягом року консервативний метод застосували у 317 пацієнтів з компенсованою формою захворювання. Середній термін лікування 10 днів. Тонзилектомій виконано 54, у пацієнтів з декомпенсованою формою. Середній термін лікування 6 днів.

Висновки: Отже, відмічається значне зменшення кількості тонзилектомій та впровадження сучасних консервативних методів лікування з позицій бачення піднебінного мигдалика як імунокомпетентного органу.

Е.Г.Цопа

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ДЕТЕРМИНИЗМ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.

Кафедра молекулярной биологии и генетики человека.

Д.С. Амоаший (д.м.н.,доц.)

Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану»

г. Кишинев, Молдова.

Актуальность. Колоректальный рак(КРР) в настоящее время занимает одну из лидирующих позиций среди онкологических заболеваний. В структуре онкологической заболеваемости в мире рак толстой кишки у мужчин занимает 3-е место, у женщин 2-ое. В 2009 году в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Молдова КРР занял первое место. Развитие КРРв большинстве случаев носит спорадический характер. На долю наследственных раков толстой кишки приходится от 5% до 15% всех новообразований толстой кишки (семейный аденоматозный полипоз (САП), наследственный неполипозный колоректальный рак (ННКР) или синдром Линча). Однако, пациенты с наследственными формами новообразований кишечника, в отличие от спорадического колоректального рака, имеют более благоприятный прогноз, меньшую частоту метастазирования, свои особе

ности чувствительности к различным группам химиопрепаратов. Поэтому ранняя диагностика у данной категории пациентов позволяет надеяться на полное излечение от заболевания.

Цель. Изучить литературные данные по распространению, патогенезу, диагностике, лечению и профилактике различных форм рака толстого кишечника. Сравнить литературные данные с данными с данными по Республике Молдова (ИМСПО Институт Онкологии, г. Кишинев).

Материалы и методы. На основании проведенного исследования, с целью оценки диагностики и прогрессии заболевания пациентов с различными формами рака толстого кишечника были изучены и проанализированы 12 клинических случаев.

Результаты. У 9 (75%) пациентов, родственники первого порядка страдали заболеваниями ЖКТ воспалительного характера (гастриты, колиты, панкреатиты), доброкачественными опухолями толстого кишечника (множественные и одиночные полипы). У 4 (33 %) пациентов, родственники первого и второго порядка страдали злокачественными опухолями различной локализации (рак груди, рак шейки матки, рак желудка). У 2 (16,6%) пациентов, в анамнезе хронические воспалительные заболевания толстого кишечника – неспецифический язвенный колит (Болезнь Крона). Подавляющему большинству пациентов (83%) диагноз был поставлен на последних стадиях (согласно клинической классификации TNM).

Выводы. Отсутствие молекулярной и генетической диагностики наследственных опухолевых синдромов толстого кишечника, в значительной мере снижает срок постановки правильного диагноза, своевременного лечения, а так же правильного стадирования и оценки риска.

Во избежание запоздалой диагностики рака толстого кишечника необходимо: своевременное обращения пациентов к врачу; внедрение систематического скрининга на КРР людей достигших 40 лет (радиологические и эндоскопические исследования); внедрение генетической диагностики носителей мутаций, находящихся в группе риска.

М.Б. Шандра

НАСЛІДКИ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ВРОДЖЕНИХ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЙ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРООПЕРОВАНІ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ

Кафедра дитячої хірургії

Є.Є.Лойко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність теми: Вроджені діафрагмальні грижі на сьогоднішній день залишаються актуальною проблемою дитячої хірургії в зв'язку з їх складністю, поширеністю (від 1:200 до 1:400 новонароджених), важкістю клінічного перебігу та глибиною морфологічних змін. Вроджені діафрагмальні грижі у більшості випадків поєднуються з хромосомно-генетичними абераціями, аномаліями розвитку дихальної, серцево-судинної, центральної нервової, видільної та інших систем (25%-50% випадків). Науково встановлена генетична причетність 2, 11, 15, 21 пар хромосом у хворих з вродженою діафрагмальною грижею в поєднанні з дисплазією сполучної тканини. Впровадження нових підходів діагностики, методів стабілізації стану і оперативної техніки при вроджених діафрагмальних грижах призвело в останній час до покращення результатів лікування.

Мета дослідження: Ретроспективне вивчення поширеності та клінічних характеристик пізньої спайкової кишкової непрохідності у дітей, які прооперовані з приводу вродженої діафрагмальної грижі в періоді новонародженості та у дітей, які перенесли малотравматичні операції на передній черевній стінці в поєднанні з наявністю дисплазії сполучної тканини.

Матеріали та методи: З метою вивчення поширеності та клінічних характеристик дисплазії сполучної тканини проведено поглиблене обстеження 22 дітей, які перенесли малотравматичні операції на передній черевній стінці та 12 прооперованих дітей з приводу вродженої діафрагмальної грижі в періоді новонародженості. Діти знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні за період 2008-2016 р.р.

Результати дослідження: У більшості дітей обох груп виявлені ознаки дисплазії сполучної тканини. Проводячи клінічне обстеження пацієнтів обох груп нами відмічено аномалії зі сторони внутрішніх органів та опорно-рухового апарату, які в комплексі підтверджують наявність синдрому дисплазії сполучної тканини. Серед них найчастіше спостерігались: MASS-фенотип (51,6%), Елерсо-подібний тип (32,1%) та Марфано-подібний тип (16,3%) дисплазії сполучної тканини. Потрібно відмітити, що нервово-психічний розвиток обстежених дітей відповідав віковим показникам. Зі сторони внутрішніх органів найчастіше виявлялись – природжені вади серця, нирок, жовчного міхура, яєчників та інші; зі сторони опорно-рухового апарату – плоскостопість, гіпереластоз шкіри, порушення статури, екзостози, гіпермобільність суглобів, воронкоподібна деформація грудної клітки, скривлення носової перетинки. При катамнезі не менше 5 років у 5 з 12 дітей з вродженою діафрагмальною грижею встановлена пізня спайкова кишкова непрохідність та спайкова хвороба. У 8 дітей з малотравматичними операціями на передній черевній стінці нами діагностовано спайкову хворобу без ознак пізньої спайкової кишкової непрохідності.

Висновки: При катамнезі понад 5 років у 63,6% дітей оперованих на передній черевній стінці з приводу малотравматичних операцій та 75% дітей оперованих з вродженими діафрагмальними грижами в періоді новонародженості виявлені ознаки дисплазії сполучної тканини. У 41,6% пацієнтів після оперативних втручань на діафрагмі проведено комбіноване лікування спайкової хвороби та пізньої спайкової кишкової непрохідності.

Д.Г. Шишковський

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАСТОСУВАННЯ НАНОКОМПОЗИТНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Кафедра загальної хірургії

О.А. Вільцанюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема профілактики та лікування післяопераційних гнійних ускладнень та гнійно-запальних захворювань залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії. Відомо, що з багатьох факторів, які впливають на розвиток гнійно-запальних ускладнень одним з провідних є шовний матеріал. Найбільш небезпечними в причині виникнення інфекційних ускладнень залишаються так звані традиційні шовні матеріали кетгут, шовк, лавсан, капрон. За даними багатьох дослідників розробка нових видів шовних матеріалів залишається однією з найбільш актуальних проблем хірургії.

Мета роботи: Провести експериментальну оцінку застосування нанокompatитних шовних матеріалів з поліпропілену для профілактики післяопераційних гнійних ускладнень.

Матеріали та методи: Досліджувані види шовних матеріалів були виготовлені з поліпропілену (ПП) з добавками полігексаметилгуанідінхлориду (ПГГХ), а також вуглецевими нанотрубками (ВНТ). Проведення експерименту на тваринах виконували згідно основних міжнародних біоетичних норм та законів України про біоетику. Вивчення біосумісності розроблених шовних матеріалів проводили на лабораторних щурах. Оцінку ефективності застосування розробленого шовного матеріалу для профілактики післяопераційних гнійних ускладнень проведено на кролях.

Результати: Проведенні дослідження показали, що модифікація хірургічного шовного матеріалу з поліпропілену ВНТ та антисептиком ПГГХ дозволили отримати новий вид хірургічного шовного матеріалу, якому притаманна висока міцність, антимікробна активність, відсутність капілярності та гігроскопічності, а також гарні маніпуляційні властивості. Вивчення реакції тканин на імплантацію розробленого шовного матеріалу показало відсутність подразнюючої дії на тканини при цьому реакція тканин не відрізнялась від реакції тканин на імплантацію не модифікованого шовного матеріалу з поліпропілену. Використання розробленого шовного матеріалу при формуванні анастомозів в експерименті дозволяло профілактувати інфікування очеревини через зону сполучення та підвищувало фізичну герметичність анастомозів. Зашивання експериментальних інфікованих ран у кролів розробленим шовним матеріалом профілактувало нагноєння ран і забезпечувало благоприємний перебіг процесів репаративної регенерації в рані.

Висновки: Введення до складу хірургічного шовного матеріалу з поліпропілену нанокompatитних матеріалів дозволяє отримати високоміцний шовний матеріал, який крім того за початковим модулем і маніпуляційними властивостями достовірно ($p < 0,05$) переважає класичний шовний матеріал з поліпропілену, має антимікробну активність і є біосумісним. Формування розробленим шовним матеріалом міжкишкових анастомозів та з'єднання тканин інфікованих ран в експерименті дозволяло достовірно ($p < 0,05$) підвищити фізичну та біологічну герметичність міжкишкових сполучень, профілактувало нагноєння ран і створювало благоприємні умови в рані для процесів репаративної регенерації.

О.Ю. Шишов

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ VАС-ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО РАНОВОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

В.В. Мосьондз (к.м.н. ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Запальний процес лежить в основі більшості патологічних станів. Яскравим прикладом є гострий ранювий процес. Не зважаючи на те, що запалення є найбільш дослідженим, лікування цього патологічного процесу потребує ефективних підходів, які мінімізують негативні наслідки запалення та сприяють реконвалісценції.

Мета: Дослідити місцевий вплив від'ємного тиску величиною -25 — -200 мм рт.ст. на м'які тканини, у різні фази гострого ранювого процесу.

Матеріали та методи: Дослідження клінічних випадків гострого ранювого процесу із застосуванням VАС-терапії в умовах хірургічного відділення Вінницької центральної районної клінічної лікарні

Результати: Під час дослідження був встановлений механізм впливу від'ємного тиску на запалену тканину. Згідно з результатами дослідження виявлені біологічні ефекти VAC-терапії у фазі запалення гострого ранового процесу. Основні з них: видалення флогогенно чинника, відносне зменшення площі поверхні рани за рахунок деформації раньового ложа, зменшення вторинної альтерації, швидке відновлення порушення місцевого кровообігу, прискорення появи грануляції та їх якісний склад, збільшення васкуляризації запальної та прилеглої до неї тканин.

Висновок: Застосування від'ємного тиску на запальну тканину вцілому виражає позитивний лікувальний ефект. Період одужання настає швидше, зменшується ризик виникнення вторинних ускладнень.

О.С. Юдін

ВІДЕОАСИСТОВАНІ МІНІТОРАКОТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ТА СЕРЕДОСТІННЯ

Кафедра хірургії №1

В.Ф. Кривецький (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Представлено клінічний досвід лікування хірургічної патології з боку органів грудної клітки за допомогою Відеоасистованої мініторакомії (ВАМТТ). Основною перевагою методу є зменшення післяопераційної рани та скорочення перебування хворих на стаціонарному лікуванні. Метод випробувано в клінічних умовах на базі відділення торакальної хірургії ВОКЛ ім.М.І.Пирогова, за період з 2010 по 2016 роки. Отримані обнадійливі результати, які дозволяють рекомендувати його в клінічній практиці.

Мета: Впровадженні малоінвазивних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження: За період з 2010 по 2016рр. у відділенні торакальної хірургії Вінницької ОКЛ ім.М.І.Пирогова було виконано 118 відеоасистованих мініторакомій з приводу різних хірургічних патологій органів грудної клітки. Операції ВАМТТ: Атипові сегментарні резекції – 66, енуклеція доброякісних новоутворень легень – 18, видалення доброякісних новоутворень середостіння – 12, ушивання бул легень – 6, відкрита біопсія легень – 5, видалення згорнутого гемотораксу – 4, видалення доброякісних новоутворень перикарду – 3, фенестрація перикарду – 2, розкриття обмеженої базальної емпієми плеври і декортикація легень – 2. Серед 118 хворих було 45 жінок та 73 чоловіка. Середній вік пацієнтів склав 36 років. При поступленні в хірургічний стаціонар усі хворі пройшли загально-клінічні обстеження. Операції проводились під в/в комбінованим наркозом з міорелаксантами + ШВЛ. Операції завжди починались із попередньої відеоторакоскопії (ВТС), що дозволяло провести адекватну ревізію плевральної порожнини і зони патології, яка підлягає хірургічній корекції. Зазвичай виконувались мініторакомії довжиною від 4 до 8 см. При втручанні на легеневої паренхімі застосовували ручний шов, апаратна резекція (УО-60), у 2 випадках – ендостеплер.

Результати: В усіх 118 випадках хворі були виписані із одужанням. Ускладнення спостерігались у 6 хворих післяопераційному періоді у вигляді неінтенсивних, немасивних кровотеч на фоні прийому антикоагулянтів. Строки перебування в торакальному відділенні склали 8 -12 днів. За цей час досягали розправлення легень, припинення ексудації та загоєння ран. В групах пацієнтів із емпіємами, згорнутими гемотораксами та застійними пневмотораксами час перебування на стаціонарному лікуванні дещо подовжувався. Застосування апарату УО-60 – вимушено обґрунтовано економічними чинниками. Перспективою бачимо - ендостеплерні технології.

Висновки: Попередня ВТС дозволяє провести адекватну ревізію плевральної порожнини і зони патології, яка підлягає хірургічній корекції. Відеоасистування дозволяє контролювати вхід в плевральну порожнину через мініторакомійний розріз та виконувати безпечний пневмоліз. Застосування відеоендоскопічної техніки дозволяє скоротити час перебування хворих на стаціонарному лікуванні та зменшити травматичність операції. ВАМТТ дає кращі результати та зменшує кількість п/о ускладнень ніж типова торакомія.

С.Ю. Юрікова, Т.А. Мельник

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ ЖИВОТА З ВИКОРИСТАННЯМ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ З АНТИМІКРОБНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Кафедра загальної хірургії

О.А.Вільцанюк (канд. мед.н., доц.)

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

Актуальність: Не дивлячись на впровадження сучасних методик оперативного лікування гриж живота результати не зовсім задовольняють хірургів внаслідок ускладнень які виникають в післяопераційний період і значно погіршують якість життя хворих.

Мета: Вивчити показники якості життя у хворих прооперованих з приводу гриж живота з використанням шовних матеріалів з антимікробними властивостями.

Матеріали та методи: Якість життя (ЯЖ) вивчалась у 93 хворих після планових оперативних втручань з приводу гриж живота. Хворі були розділені на дві групи: групу порівняння (48 хворих) у яких операція виконувалась традиційним шовним матеріалом і основну групу (45 хворих) у яких використовувався шовний матеріал з антимікробними властивостями. ЯЖ вивчали до операції, через 1,6 та 12 місяців після операції за допомогою опитувальника The MOS 36-Item Short-Form Health Survey, який дозволяє оцінити ЯЖ в балах за такими критеріями: фізична працездатність (ФП), фізичний стан (ФС), больовий синдром (БС), загальне здоров'я (ЗЗ), енергійність (Ен), соціальна роль (СР), емоційний стан (ЕС), психічне здоров'я (ПЗ). Проведено обчислення таких значущих параметрів як ІПЯЖ, ІПЯЖ-ФЗ, ІПЯЖ-ПЗ.

Результати: До операції показники ЯЖ хворих основної та порівняльної груп достовірно не відрізнялись ($P > 0,05$). Через місяць після герніопластики такі показники як ФП, ЗЗ, Ен, ЕС, ПЗ, ІПЯЖ, ІПЯЖ-ФЗ, ІПЯЖ-ПЗ в основній групі виявилися достовірно вищими, ніж у групі порівняння. У хворих групи порівняння відмічено достовірне зниження показників: ФП, ФС, ЕС, БС, СР, ІПЯЖ і ІПЯЖ-ПЗ. ІПЯЖ в основній групі через місяць залишився без змін, а в групі порівняння став достовірно нижчим ($P < 0,05$). Через 6 місяців після операції показники: ФП, ФС, Ен, ЕС, ІПЯЖ, ІПЯЖ-ФЗ і ІПЯЖ-ПЗ в основній групі пацієнтів виявилися достовірно вищими ніж в групі порівняння. У групі порівняння статистично значущим було зростання параметрів: ФП, ФС, БС, ЕС, ІПЯЖ і ІПЯЖ-ФЗ. Величина ІПЯЖ на цей термін в основній групі зросла з $60,8 \pm 2,2$ балів перед операцією до $81,6 \pm 1,7$ через 6 місяців ($P < 0,01$). У групі порівняння ІПЯЖ також виріс з $62,1 \pm 1,6$ до $74,5 \pm 2,2$ ($P < 0,01$). Порівняльний аналіз показників ЯЖ через рік після операції показав, що в основній групі вони продовжували перевищувати показники групи порівняння. Величини ІПЯЖ в основній групі зросли з $60,8 \pm 2,2$ балів перед операцією до $87,9 \pm 2,1$ через рік після операції ($P < 0,01$), у групі порівняння - відповідно з $62,1 \pm 1,6$ до $79,7 \pm 1,9$ ($P < 0,01$).

Висновки: ЯЖ хворих оперованих з приводу гриж передньої черевної стінки з використанням шовного матеріалу з антимікробними властивостями, була кращою в порівнянні з якістю життя пацієнтів, у яких герніопластика виконувалась із застосуванням традиційних шовних матеріалів.

М.В. Яковенко

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (II-III ст.) З HER-2/NEU - ПОЗИТИВНИМИ РЕЦЕПТОРАМИ

Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною

А.В. Чорнобай (д.мед.н., проф.)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

м. Полтава, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ рак молочної залози (РМЗ) займає перше місце серед онкологічних захворювань жінок (16% всіх випадків раку). Щороку в світі виявляють 1 250 000 випадків захворювання та 458 000 випадків смерті від РМЗ, тобто кожна 8-ма жінка має ризик отримати діагноз РМЗ. Щодо України, то за даними канцер-реєстру за 2015 рік захворюваність складала 69,2 випадки на 100 тис. Із числа вперше захворівших мали стадію згідно TNM: I-Іст. - 78,6%, ІІст. - 12,3%, ІVст. - 7,6%, не визначена ст. - 1,5%. Згідно статистики, 10-15% хворих мають Her-2/neu позитивні рецептори. До недавнього часу, найбільш розповсюдженим методом лікування РМЗ була радикальна мастектомія, яка не повністю вирішувала проблему та залишала значний косметичний дефект, що в свою чергу викликало психоемоційні та психо-соціальні проблеми у жінок.

Мета: Оцінка безпосередніх та віддалених результатів органозберігаючих втручань у хворих на РМЗ з позитивним Her-2/neu (3+) рецептором.

Об'єкт та методи: Проведений аналіз ефективності лікування 23 пацієнток, що лікувались в областному клінічному онкологічному диспансері м. Полтави з діагнозом: рак молочної залози з позитивним Her-2/neu (3+) рецептором: ($T_2N_1M_0 - 13(56,5\%)$, $T_2N_0M_0 - 6(26,1\%)$, $T_3N_1M_0 - 2(8,7\%)$, $T_0N_2M_0 - 2(8,7\%)$) - з них (ER+; PR+) - 13(56,5%), (ER-; PR-) - 10(43,5%). Хворі отримали наступне лікування: 6 курсів неоад'ювантної терапії - (паклітаксел - 200 мг/м², герцептин - 6 мг/кг). У всіх досліджуваних була діагностована часткова регресія. Всім пацієнткам незалежно від стадії виконані органозберігаючі втручання: 20 ($T_2N_1M_0$, $T_2N_0M_0$, $T_3N_1M_0$) - квадрантектomia з аксиллярною лімфаденектомією, 2 ($T_0N_2M_0$) - аксиллярна лімфаденектомія, 1 ($T_2N_0M_0$) - секторальна резекція з аксиллярною лімфаденопатією. Променева терапія за стандартною методикою проведена 20 хворим. Ад'ювантну терапію - (герцептин - 6 мг/кг) 8 курсів отримали всі хворі. Диспансерне спостереження проводилось за загально прийнятими принципами. Для об'єктивізації результатів проводилася мамографія кожні 6 місяців.

Результати: За 2 роки спостережень, рецидив стався лише у однієї пацієнтки. У зв'язку з цим їй була виконана мастектомія. Метастазування виявлено не було.

Висновки: 1. Проведення поєднаної хімотерапії з герцептином в неоад'ювантному режимі у пацієнток хворих на РМЗ з позитивним Her-2/neu (3+) рецептором у 100% випадків дозволяє досягти часткової регресії процесу. 2. Органозберігаючі операції у таких пацієнток є методом вибору хірургічного втручання, що не приводить до збільшення рецидивів та метастазів хвороби.

О.М. Ярема
**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ
ТОВСТОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ**

Кафедра військової хірургії
В.В.Бурлука (к.мед.н., доц.)
Українська військово-медична академія
м. Київ, Україна

Актуальність: Обтураційна товстокишкова непрохідність (ОТКН) зустрічається в 39.4% випадках, з них 96% - пухлинного генеза. Летальність складає 17-21% при непрохідності непухлинної етіології, в той же час при пухлинній етіології - 14-60% (Рябцев В.Г. та співав., 2008).

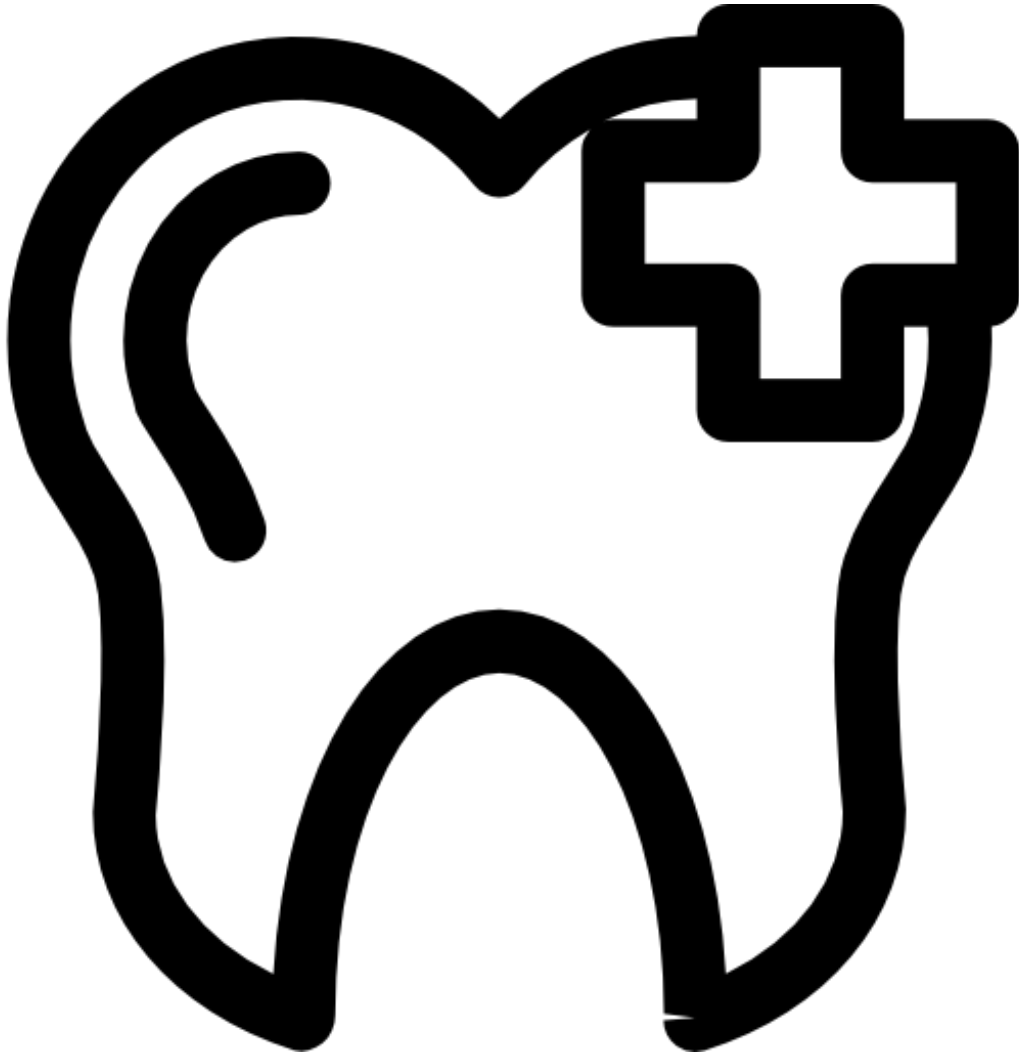
Мета: На основі аналізу літературних джерел, дослідити особливості ОТКН в залежності від етіологічних факторів, та визначити оптимальні методи хірургічного лікування.

Матеріали та методи: За даними літератури встановлено, що найчастішими причинами ОТКН є: інтраорганно - чужорідні тіла, калові і жовчні камені, глистні інвазії; інтрамурально - хвороба Крона, пухлини, туберкульоз, рубцева стриктура; екстраорганно - кіста брижі і яєчника, пухлина матки і придатків, черевна пухлина.

Результати: При пухлинах правої половини товстої кишки без ознак перитоніту показана правобічна геміколектомія; при перитоніті і тяжкому стані хворого - ілеостома, туалет і дренажування черевної порожнини; при неоперабельній пухлині і відсутності перитоніту - ілеотрансверзостома. При пухлинах лівої половини товстої кишки без ознак перитоніту проводять лівобічну геміколектомію, колостому; при перитоніті і важких гемодинамічних порушеннях показана трансверзостома; якщо пухлина неоперабельна - обхідний анастомоз, при перитоніті - трансверзостома; при пухлині сигмоподібної кишки - резекція ділянки кишки з пухлиною і накладенням первинного анастомозу або операція Гартмана, або накладення двохдульної колостоми. При всіх видах кишкової непрохідності черевну порожнину ретельно санують і вводять розвантажувальні зонди в кишечник. Використання ендоскопічної назоінтестинальної декомпресії і регіонарної анестезії для профілактики і лікування парезу кишечника покращує результати лікування (Шаповлянц С.Г. та співав., 2011).

Висновки: На вибір методу оперативного лікування ОТКН в першу чергу впливає етіологічний фактор. Основна причина летальності при ОТКН-поліорганна недостатність (44,5%). Більше ніж 54% радикально прооперованих хворих помирають протягом 5-ти років після завершення лікування, з них 70,3% гинуть до 3-х років спостережень. Використання інтраопераційної декомпресії та іригації супрастенотичного відрізка кишечника в закритому контурі сприяло зростанню кількості первинно-відновних оперативних втручань із 6,3% до 18,9%, двоетапних із 33,9% до 45,4%.

СТОМАТОЛОГІЯ



STOMATOLOGY

А.О. Бакуліч, О.Р. Григоренко
**ПОКАЗНИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ТА ІОНІЗОВАНОГО КАЛЬЦІЮ КРОВІ У
ХВОРИХ ПІДЛІТКІВ ІЗ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПОЄДНАНОЮ З ХРОНІЧНИМ
ГАСТРОДУОДЕНІТОМ.**

Кафедра терапевтичної стоматології

Г.М. Побережна (к.м.н. ас.)

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

Актуальність: Стоматологічні захворювання залишаються одними з найпоширеніших серед населення України (Хоменко Л. О., 2007). В чисельних працях вітчизняних та зарубіжних вчених неодноразово підтверджується взаємозв'язок стоматологічної патології із загальними захворюваннями організму, особливо з хворобами органів системи травлення (Романенко І.Г., 2012). У структурі захворювань шлунково-кишкового тракту гастродуоденіт займає досить значне місце. Розвиток каріозних і некаріозних уражень зубів та захворювань пародонту пов'язують із порушенням мінерального обміну в організмі (Кокиашвили В. С., 2009). Тому, визначення стану мінерального обміну у крові може мати діагностичну та лікувально-профілактичну значимість. У цьому зв'язку науковий і практичний інтерес представляє визначення цих факторів ризику розвитку стоматологічних захворювань при поєднанні з патологією шлунково-кишкового тракту.

Мета: метою нашого дослідження було визначення рівня загального та іонізованого кальцію крові у пацієнтів із стоматологічною патологією, поєднаною із хронічними гастродуоденітом.

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження 15 підлітків з каріозними і некаріозними ураженнями зубів, поєднаних з хронічним гастродуоденітом. Групу контролю склали 15 соматично здорових осіб аналогічної вікової категорії та стоматологічним статусом. Для визначення вмісту загального та іонізованого кальцію у сировотці крові забір проб здійснювали вранці, натще. Після центрифугування (3 тис. об/хвилину) протягом 15 хвилин відділену сироватку поміщали в мікропробірки, з яких визначали досліджувані показники. Визначення загального кальцію сироватки крові було проведено на фотокалориметрі «ФЕТ-56 М» (Україна) за допомогою наборів фірм «Філіст-Діагностика» (Україна) та «Simko-Ltd» (Україна). Норма загального кальцію крові, референтні межі: 12 років – 18 років: 2,10 - 2,55 ммоль/л; Розрахунок іонізованого кальцію проводили за формулою ZeisslerE. Норма: 1,06–1,32 ммоль/л.

Результати: у порівнянні з групою соматично здорових пацієнтів виявлена істотна різниця показників мінерального обміну, що дає можливість стверджувати про їх нестачу в організмі підлітків із супутньою патологією. При визначенні вмісту загального кальцію у підлітків виявлено, що середньостатистичні значення цього показника в основній групі обстежених майже дорівнювали нижній межі норми. Концентрація найбільш гомеостатична значимою іонізованої фракції кальцію була нижче допустимої для даного вікового періоду норми і за ступенем достовірності 99% відрізнялась від контрольної групи. Так, рівень іонізованого кальцію у підлітків основної групи склав $0,98 \pm 0,03$ ммоль/л (проти $1,24 \pm 0,02$ ммоль/л, $p < 0,001$). Загального кальцію $2,15 \pm 0,04$ в основній групі (проти $2,44 \pm 0,03$ ммоль/л, $p < 0,001$ в групі контролю).

Висновки: Зазначені зміни мінерального гомеостазу в крові, на наш погляд, обумовлені негативним впливом супутньої патології. Це підтверджує необхідність в корекції мінерального обміну в організмі підлітків із хронічним гастродуоденітом.

О.Ю. Васильчук

**АНАЛІЗ ДОТРИМАННЯ ПРАВИЛ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА СТУДЕНТАМИ-
ПЕРШОКУРСНИКАМИ**

Відділення "Стоматологія"

В.М.Косенко (к.мед.н.)

КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства" Житомирської обласної ради
м. Житомир, Україна

Актуальність. Гігієнічне виховання населення - одна з основних ланок первинної профілактики. Низька санітарна культура та відсутність у значної частини населення мотивації до виконання профілактичних заходів негативно позначаються на стоматологічному здоров'ї.

Мета: оцінити результати анкетування студентів-першокурсників щодо дотримання правил гігієни порожнини рота.

Матеріали та методи. Було проведено опитування 105 студентів-першокурсників з питань застосування предметів та засобів, необхідних для дотримання індивідуальної гігієни порожнини рота.

У дослідженні використані наступні методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, опитування, анкетування, математичної обробки зібраних даних.

Результати. Оцінка результатів дослідження свідчить, що молодь недостатньо обізнана з питань гігієни порожнини рота. Тільки 49,5% студентів чистять зуби двічі на день, витрачаючи на очищення всіх поверхонь 2,5-3,5 хвилини. Лише 50,5% респондентів вміє доглядати за зубною щіткою та своєчасно її змінює. Студенти-першокурсники не розуміють значення предметів інтердентальної гігієни в догляді за порожниною рота, не

можуть правильно відповісти на питання, які торкаються правил застосування зубних ниток. Рідкими засобами гігієни постійно користуються 46,7% опитаних. Загальновідомо, що гігієна порожнини рота є ефективною лише в разі регулярного чищення зубів, правильного вибору зубної щітки та пасту, оптимальних витрат часу, пов'язаних зі зняттям зубного нальоту. Систематичне недотримання правил індивідуальної гігієни порожнини рота є однією з ймовірних причин виникнення карієсу та захворювань пародонту.

Важливу роль в профілактиці основних стоматологічних захворювань відіграє раціональне харчування. За результатами проведеного дослідження вдалося встановити, що у 53,3% студентів в щоденному раціоні переважають корисні продукти, 18,1% опитаних надають перевагу напівфабрикатам.

Хвилює той факт, що у 19% студентів постійно кровоточать ясна, а у 17,2% - періодично під час чищення зубів. 75,2% респондентів мають каріозні та пломбовані зуби. 55,2% опитаних нехтують профілактичними оглядами і звертаються до лікаря-стоматолога тільки у разі больових відчуттів.

Висновки

Таким чином, проведене дослідження дозволило встановити, що значна частина опитаних студентів систематично не дотримується правил гігієни порожнини рота, ігнорує профілактичні огляди, не розуміє важливості своєчасного звернення до лікаря-стоматолога. Це вказує на прогалини в проведенні санітарно-освітньої роботи серед молоді. Рівень гігієни порожнини рота й дотримання правил чищення зубів мають постійно контролюватися медичним персоналом (гігієністами зубними). Тільки контроль і корекція гігієни через певні проміжки часу можуть закріпити набуті навички та забезпечити їх високий рівень.

А.В. Веретільник, І.А. Короленко

СЕКРЕЦІЯ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА КЛІТИННИЙ СКЛАД СЕКРЕТУ У ХВОРИХ НА НЕВРОГЕННИЙ СІАЛОЗОАДЕНІТ

Кафедра хірургічної стоматології і щелепно-лицевої хірургії з пластичною і реконструктивною хірургією
голови та шиї

О. В. Рибалов (д. мед. н., проф.)

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

м. Полтава, Україна

Актуальність. Слинні залози є високочутливим об'єктом до нервових впливів, що потребують детального дослідження. У науковій літературі питанням неврогенного сіалозоаденіту та методам їх діагностики приділено вкрай мало уваги.

Метою дослідження було: підвищити ефективність діагностики неврогенного сіалозоаденіту на підставі оцінки результатів сіалометрії і даних цитологічного дослідження секрету зацікавлених привушних залоз.

Матеріали та методи дослідження. Нами спостерігалось 21 хворих у віці від 32 до 45 років з явищами дохоспастичного неврогенного сіалозоаденіту привушних залоз. Всі хворі були жіночої статі. За даними клінічних проявів, результатів сіалометрії та вивчення клітинного складу секрету слинних залоз виявлено три ступеня важкості захворювання: легка, помірна та виражена. Матеріалом для цитологічних досліджень служив секрет привушних залоз хворих з проявами неврогенного сіалозоаденіту. Сіалометрія проводилася за допомогою дренажних канюль. Для цитологічного дослідження 2-3 краплі секрету наносили на предметне скло, рівномірно розподіляючи його по всій поверхні. Матеріал висушували на повітрі і фарбували за Романовським-Гімзе.

Результати дослідження. У результаті сіалометрії хворих на неврогенний сіалозоаденіт легкого ступеня визначалося зниження загальної секреції слинними залозами до $3,48 \pm 0,05$ мл за 10 хвилин (у здорових вона становила $4,25 \pm 0,08$ мл). Секреція привушних залоз була в межах $1,84 \pm 0,04$ мл (у здорових - $1,98 \pm 0,08$ мл). У хворих з помірним ступенем глосалгії кількість ротової рідини за 10 хв. дослідження склало $3,37 \pm 0,06$ мл, паротидного секрету - $1,78 \pm 0,05$ мл. У хворих з вираженим ступенем загальної і паротидної секреції були достовірно зниженими - $2,15 \pm 0,6$ мл та $1,2 \pm 0,2$ мл відповідно. У мазках секрету привушних залоз здорових людей спостерігалися одиничні клітини циліндричного і плоского епітелію. У мазках секрету залучених у патологічний процес слинних залоз хворих з легким ступенем перебігу неврогенного сіалозоаденіту відмічалася наявність одиничних клітинних елементів або невеличких груп клітин плоского та циліндричного епітелію. Зрідка виявлялися клітини, позбавлені ядер, а також одиничні непошкоджені нейтрофіли. Що ж стосується цитологічного складу паротидного секрету у хворих з помірними проявами неврогенного сіалозоаденіту в препаратах було відмічено підвищення кількості слизу, поява клітин циліндричного епітелію, ретикуло-ендотеліальних клітин, одиничних макрофагів, груп лімфоцитів на тлі скупчення нейтрофілів. Клітини плоского епітелію частіше розташовувалися в невеликих пластах, число без'ядерних клітин було вищим у порівнянні з секретом здорових, що підтверджує підвищену десквамацію плоского епітелію. Збільшення чисельності клітин плоского епітелію можна пов'язати з його активною гіперплазією в прилеглих до вістя проток залоз. Для цитологічної картини хворих з вираженим перебігом неврогенного сіалозоаденіту у мазках секрету зацікавлених залоз у окремих ділянках щільного білкового субстрату відмічалася значні скупчення нейтрофільних лейкоцитів, макрофагів, невеликі конгломерати клітин циліндричного епітелію, зустрічаються келихоподібні клітини.

Висновки. Отже, сіалометрія та цитологічне дослідження секрету привушних залоз дозволяє об'єктивно оцінювати їх морфо-функціональний стан та достовірно говорити про наявність в них запальних явищ. Таким чином, отримані нами дані мають новизну і можуть бути використані у практичній роботі для спеціалістів.

А.О. Власюк
**АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ
СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВІДДІЛЕННЯ «СТОМАТОЛОГІЯ ОРТОПЕДИЧНА»**

Циклова комісія зуботехнічних дисциплін

С.Л. Бородько

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

м. Житомир, Україна

Актуальність: Карієс – поширене захворювання твердих тканин зубів. Захворюваність у нашій країні 99,9%. У кожної дорослої людини в середньому уражено, у тому числі і проліковані накладанням пломб, 9 зубів, а 2 зуби видалено. По закінченню школи кожна п'ята дитина має видалений постійний зуб. Всім відомо, що профілактика ефективніша у порівнянні з лікуванням. На жаль, у нашій країні первинна профілактика мало втілена в життя, переважно працюють вторинна та третинна профілактики.

Мета: Звернення уваги молоді на первинну ланку профілактики.

Матеріали та методи: Своє дослідження ми проводили шляхом анкетування. Бланки з питаннями були анонімними. На нашу думку це сприяло більшій відвертості у відповідях студентів. Анкета складалася з чотирьох блоків питань: індивідуальні данні (район місця проживання, стать, курс і група); каріозні та некаріозні ураження твердих тканин зубів та їх ускладнення ; гігієна порожнини рота; загальний стан організму.

Результати: Нами протягом трьох навчальних років було опитано 242 студенти. Із них 41 вказали на присутність некаріозних уражень твердих тканин зубів, 97 – каріозних порожнин. 76% студентів лікували карієс накладанням пломб. Середній вік першої пломби орієнтовно 13 років. При чому 49% вважають свої зуби здоровими. Загалом було встановлено 500 пломб. 84% знають про ускладнення карієсу. Основною причиною, яка зупиняє лікування кар'єсу є нестача коштів. Кількість відвідувань лікаря-стоматолога в середньому – 2 рази на рік. Наявність хронічних захворювань у 26% студентів. Кількість захворювань на ГРВІ протягом року в середньому 2 рази. Для покращення свого здоров'я студенти вживають профілактичні ліки, ведуть здоровий спосіб життя та регулярно відвідують лікарів.

Висновки: Індивідуальна вмотивованість, а не просто знання дають кращий результат первинної профілактики. На нашу думку необхідно зрозумілою мовою та влучними фактами доносити інформацію до молоді.

К. С. Волков, Д. В. Капиця
**ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ sIgA В РОТОВІЙ РІДИНІ ХВОРИХ НА ДЕСКВАМАТИВНИЙ ГЛОСИТ ІЗ
СУМІСНОЮ СКЛЕРОДЕРМІЄЮ**

Кафедра терапевтичної стоматології

А. В. Повшенюк (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Серед патогенетичних чинників системних захворювань сполучної тканини основне значення належить аутоімунним процесам. Між тим, роль мукозального імунітету у розвитку захворювань слизової оболонки порожнини рота у поєднанні з склеродермією вивчено недостатньо.

Мета дослідження. Вивчення вмісту секреторного IgA в ротовій рідині у хворих на десквамативний глосит, поєднаний з склеродермією.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети дослідження проведено обстеження 14 хворих з десквамативним глоситом, поєднаним з склеродермією віком від 41 до 62 років. Групу контролю склали 12 практично здорових осіб тієї ж вікової категорії зі здоровою слизовою оболонкою. Імуноглобуліни визначали методом радіальної імунодифузії в гелі за Mancini у модифікації Simmons з використанням антисироваток проти sIgA і мікропланшетів фірми Nyland (США).

Результати. Аналіз показників місцевого гуморального імунітету слизової оболонки порожнини рота у обстежених хворих основної групи виявив достовірне зниження sIgA порівняно з практично здоровими особами контрольної групи. При цьому рівень sIgA в змішаній слині основної групи хворих склав $0,58 \pm 0,1$ г/л (проти $1,21 \pm 0,14$ г/л у здорових осіб контрольної групи, $p < 0,001$). Це свідчило про недостатність мукозального імунітету порожнини рота обстежених хворих, його специфічного захисного бар'єру, що захищає макроорганізм від ушкоджуючої дії різної патогенної та умовно-патогенної мікрофлори. Враховуючи інфекційний характер перехресної імунної реакції і утворення суперантигенів при розвитку аутоімунних захворювань, можна припустити суттєве зниження «першої лінії» гуморального захисту слизової оболонки порожнини рота на рівні sIgA, який пригнічує колонізацію епітелія мікроорганізмами та попереджає попадання чужорідних антигенів до внутрішнього середовища організму. Крім того, за даними Мельнікова О.Ф. (2003),

такі зменшення цього імуноглобуліну обумовлено тривалим перебігом патологічного процесу і можливим розщепленням димерної молекули sIgA ферментами мікроорганізмів, активність яких підвищується при ураженнях слизової оболонки порожнини рота.

Висновки. Таким чином, встановлені достовірні зниження вмісту sIgA у хворих на десквамативний глосит, поєднаний з склеродермією, може бути обумовленими виснаженням імунної системи при тривалому перебігу захворювань та зниженням реактивності організму. Виявлені порушення В-клітинної ланки місцевого імунітету, на нашу думку, свідчать про суттєвий вплив соматичної патології на переважно системний тип імунної відповіді при запальному процесі в слизовій оболонці язика.

О.С. Волкова, Е.Н. Рябоконт, А.А. Токар, Н.Н. Удовиченко

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ И ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ-СТАРШЕКЛАССНИКОВ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К ВЫПУСКНЫМ И ВСТУПИТЕЛЬНЫМ ЭКЗАМЕНАМ (ЗНО)

Кафедра терапевтической стоматологии

Е.Н. Рябоконт (д.мед.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: В подростковом возрасте кариес занимает первое место среди хронических заболеваний. Согласно данным литературы из года в год увеличивается число абитуриентов с стоматологическими заболеваниями. На организм подростков-старшеклассников в связи с окончанием школы оказывают влияние возрастающие учебные нагрузки (выпускные и вступительные экзамены), что в сочетании с отсутствием навыков планирования своей деятельности приводит к сокращению времени для рационального питания, гигиенического ухода за полостью рта, нарушению режима сна и отдыха.

Цель: провести анализ результатов изучения заболеваемости кариесом зубов и определение гигиенического состояния полости рта у подростков-старшеклассников в период подготовки к выпускным и вступительным экзаменам (ЗНО).

Материалы и методы: Было проведено клиническое обследование 150 подростков-старшеклассников в возрасте 14-16 лет, учеников 9-11 классов Шевченковского р-на г. Харькова. Подростки были распределены на 3 группы: 1 группа - подростки возрастом 14 лет (49 подростков), 2 группа - подростки возрастом 15 лет (53 подростка), 3 группа - подростки возрастом 16 лет (48 подростков). Для оценки распространённости и интенсивности кариеса использовали критерии ВОЗ. Уровень гигиены полости рта определяли с использованием индекса Грина-Вермилиона.

Результаты проведенного стоматологического обследования показали, что распространённость кариеса зубов у подростков 1 группы составила в среднем 85,7 % (42 ребенка), 2 группа – 86,7 % (46 подростков), 3 группа – 93,7% (45 подростков).

Анализ гигиены полости рта по индексу Грина-Вермилиона, выявил преобладание средних значений индекса в 1 и во 2 группах, и высоких в 3 группе, что определяется как «удовлетворительный» уровень гигиены полости рта.

Выводы: 1. Полученные результаты распространённости кариеса зубов у подростков 14 лет (85,7%), 15 лет (86,7%) и 16 лет (93,7%) свидетельствуют о массовой заболеваемости по оценке ВОЗ.

2. Во всех возрастных группах выявляется удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта. Но в 3 группе наблюдалось снижение уровня гигиены полости рта.

3. Анализ данных выявил, что 3 группа подростков находится в состоянии повышенного эмоционального напряжения, имеет нарушения режима питания, нерегулярный уход за полостью рта, в связи с подготовкой к ЗНО и вступительным экзаменам, можно сделать вывод, что эти факторы имеют влияние на кариесогенную ситуацию.

Полученные данные будут использованы для обоснования выбора средств и методов профилактики стоматологических заболеваний у этой группы подростков.

Н.Р. Гальметдинова, М.И. Юсифова

СОЗДАНИЕ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Кафедра детской стоматологии

Е.Г. Романенко (д.м.н., асс.)

ГУ «ДМА МЗ Украины»

г. Днепр, Украина

Актуальность: по данным ВОЗ, 80% детей имеет заболевания пародонта, поэтому разработка эффективного лечения данной патологии крайне актуальна, особенно при сопутствующих заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Цель: разработать и апробировать программу лечения хронического катарального гингивита у здоровых детей

и детей с сопутствующим хроническим гингивитом (ХГД).

Материалы и методы: в 1-й группе (пациенты с хроническим катаральным гингивитом и ХГД, 107 человек) применялся лекарственный комплекс №1: антиоксидант («Альтан», таблетки), донатор NO («Цитрагенин», раствор для приёма внутрь), иммуномодулятор («Деринат», 0,25% раствор), который использовали в виде аппликаций. Во 2-й группе (90 пациентов с хроническим катаральным гингивитом, не имеющих соматической патологии) дети получали лекарственный комплекс №2: антиоксидант («Кверцетин», гранулы), препарат кальция («Кальций-Д₃ Никомед», таблетки), иммуномодулятор («Деринат», 0,25% раствор), который использовали в виде аппликаций. Препараты применяли в течение месяца согласно рекомендациям производителя. При оценке эффективности лечения больных с хроническим катаральным гингивитом учитывали динамику индексов состояния тканей пародонта, pH и показателей активности ферментов ротовой жидкости. В контрольную группу вошли 82 соматически здоровых ребенка с интактным пародонтом.

Результаты: разработанный и внедрённый в клинику комплекс №1 для лечения хронического катарального гингивита у детей 1-й группы позволил получить клиническую эффективность в 80,4% (86 детей) случаев: показатели индексов гигиены, кровоточивости по Мюллеману-Коуэллу, РМА, CPI и пробы Шиллера-Писарева значительно снижались по сравнению с исходными данными; достоверно снижалась активность нитрат-нитритредуктазного комплекса ферментов за счет сдвига pH в щелочную сторону и прекращения процессов химической редукции. Во 2-й группе применение лечебного комплекса №2 позволило добиться клинической эффективности в 87,8% (79 детей) случаев: снижались уровень уреазы и нитритов в связи с достоверным повышением активности нитрат-нитритредуктазного комплекса ротовой жидкости по сравнению с показателем до лечения ($p < 0,01$), что привело к значимому снижению pH полости рта.

Выводы: доказана клиническая эффективность разработанных лечебных комплексов. Однако значения индексов состояния тканей пародонта у детей с сопутствующим ХГД имели достоверные отличия ($p < 0,05$) от показателей в контрольной группе, что свидетельствовало о необходимости продолжения лечебных мероприятий, а у соматически здоровых детей с хроническим катаральным гингивитом оставались в пределах данных значений в течении года после проведенного лечения, что позволяло сделать вывод о стойкой ремиссии заболевания.

М.В. Гикавчук

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОГО ГЕЛЮ ЗУРЕМІН-СаРF ПРИ ПРОФЕСІЙНОМУ ВІДБІЛЮВАННІ ДИСКОЛОРИТІВ ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Кафедра терапевтичної стоматології

Н.Г. Гаджула (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Суттєвими недоліками хімічного способу відбілювання зубів є зниження резистентності емалі, вихід макро- і мікроелементів із твердих тканин, виникнення гіперестезії дентину. Це потребує включення до алгоритму усунення дисколоритів вітальних зубів ремінералізуючої терапії. Одним із сучасних ремінералізуючих засобів є двохкомпонентний гель Зуремін-СаРF «Джендентал-Україна» на основі кальцій-фосфатних солей і фторидів, після змішування яких утворюються наночастинки аморфних фторфосфатних з'єднань кальцію, що сприяють утворенню фторованого гідроксиапатиту твердих тканин зубів.

Мета: оцінити ефективність застосування гелю Зуремін-СаРF для ремінералізації емалі та усунення гіперестезії дентину при професійному відбілюванні дисколоритів вітальних зубів.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 12 пацієнтів із різними видами дисколоритів зубів у віці від 18 до 35 років. Учасників дослідження обирали за такими критеріями: відсутність ознак гострого запалення слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта, рецесії ясен та оголення шийок і коренів зубів, гіперестезії та несанованих каріозних порожнин. До початку відбілювання всім пацієнтам проводили професійну гігієну порожнини рота, визначали індекс ремінералізації емалі. Відбілювання вітальних зубів проводили нанесенням гелю Opalescence XtraBoost («Ultradent», США) тривалістю 15 хв. щоденно протягом 3-х днів. Після відбілювання пацієнтам основної групи проводили ремінералізуючу терапію гелем Зуремін-СаРF, у групі порівняння ремінералізація не проводилась. Оцінку проводили одразу після процедури відбілювання за індексами ремінералізації емалі (Ю.А. Федоров, Л.А. Дмитриева, 1977), розповсюдженості та інтенсивності гіперестезії зубів (Г.Б. Шторина, 1986). Статистичне обчислення отриманих результатів проводили методом варіаційної статистики із визначенням критерію достовірності Ст'юдента.

Результати: Показники індексу ремінералізації емалі після виконаного відбілювання зубів в основній групі осіб достовірно не змінилися відносно початкових значень ($p > 0,05$). У пацієнтів групи порівняння індекс ремінералізації підвищився від $2,82 \pm 0,09$ до $3,68 \pm 0,13$ бала ($p < 0,001$), що вказує на демінералізуючий вплив відбілюючого засобу. При оцінці клінічної ефективності застосування ремінералізуючого гелю Зуремін-СаРF з метою попередження підвищеної чутливості зубів, у пацієнтів основної групи виявлено достовірно нижчі значення показників індексу розповсюдженості гіперестезії зубів ($2,34 \pm 0,21\%$) відносно учасників групи порівняння ($13,97 \pm 0,35\%$ при $p < 0,001$) та індексу інтенсивності гіперестезії зубів (відповідно $0,85 \pm 0,05$ проти

1,67±0,05 бала при $p < 0,001$). Цим кількісним значенням відповідає якісна оцінка «відсутність гіперестезії» в основній групі обстежених і «локалізована гіперестезія II ступеня» у групі порівняння.

Висновки: Відбілювання зубів призводить до зниження карієсрезистентності емалі, виникнення гіперестезії твердих тканин зубів, тому потребує обов'язкового поєднання з місцевою ремтерапією. Запропонований ремінералізуючий гель Зуремін-СаРФ дозволяє підвищити резистентність твердих тканин зубів і попередити появу гіперестезії.

Т. В. Грицюк

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ТА ЙОГО ОЦІНКА ПРИ ОЧІКУВАННІ ВІЗИТУ ДО ЛІКАРЯ- СТОМАТОЛОГА

Кафедра ортопедичної стоматології

Б. Ю. Комнацький, (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Відомо, що будь-яке стоматологічне втручання може викликати у пацієнта погіршення психоемоційного стану, що призводить до підсилення больового сприйняття та невчасного звернення до лікаря-стоматолога. В деяких випадках лікар в повній мірі не може провести адекватне та повноцінне лікування у зв'язку зі страхом пацієнта до стоматологічних процедур, що в свою чергу веде до погіршення стоматологічного статусу.

Мета дослідження: Визначити та оцінити психоемоційний стан пацієнтів в очікуванні візиту до лікаря-стоматолога за допомогою експрес-анкетування.

Матеріали і методи: З метою вивчення особливостей психоемоційного статусу було проведено обстеження 56 пацієнтів обох статей у віці від 19 до 51 року без психічних порушень в анамнезі, що звернулись до лікаря-стоматолога. Анкетування пройшли 29 чоловіків та 27 жінок. Середній вік осіб чоловічої статі склав 35,96 років, жіночої – 31,81 рік.

Кожному пацієнту в залежності від нозологічної форми захворювання була проведена місцева терапія.

Для досягнення поставленої мети проведено психологічне тестування за шкалою стоматологічної тривожності Кораха. Після проведеної бесіди і отримання письмової згоди на проведення наукових досліджень, усі хворі самостійно заповнювали анкети.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері PC AMD Athlon Dual Core з використанням пакета статистичних програм "Statistica 6.0" і "Microsoft Excel 2007", за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики.

Результати дослідження: В результаті проведеного анкетування виявлений різний рівень тривожності в залежності від клінічного випадку, статі та віку. Перед лікуванням у стоматолога, рівень стоматофобії у жінок склав $10,85 \pm 1,22$ балів, а у чоловіків – $8,96 \pm 1,03$ ($P > 0,05$).

Опрацювання отриманих відповідей та підрахунок балів виявив відсутність боязні болу та тривоги (менше 9 балів) у 19 пацієнтів (34%) з 56 опитаних. Майже у половини респондентів (48%) встановлений помірний рівень боязні (від 9 до 12 балів), скоріше за все, пов'язаний зі специфічними подразниками (перебування у фіксованому положенні, білий халат, очікування прийому, шум інструментів). При цьому, помірна фобія однаково часто зустрічається як у чоловіків (48%), так і у жінок (48%). Незначна кількість хворих – 5% від загальної кількості респондентів – мають високий ступінь фобії стоматологічних втручань (13-14 балів). Однак, занепокоєння викликає дуже високий рівень фобії (сумарно у 13% хворих), який значно частіше зустрічається у жінок (19%), ніж у чоловіків (7%).

Висновки: Встановлено, що помірний рівень стоматофобії спостерігався у майже половини респондентів. Проте, особливої уваги викликає дуже високий рівень фобії, що сумарно встановлений у 13% хворих. Отже, для покращення надання стоматологічної допомоги та для профілактики стоматофобії необхідно досліджувати та правильно оцінювати особливості психоемоційного статусу пацієнта з метою підбору диференційованого деонтологічного підходу. Важлива роль в регуляції психоемоційного статусу належить саме лікарю-стоматологу, якому необхідно знати алгоритм підходу до пацієнта, вміти оцінювати ступінь стоматофобії по психосоматичним проявам, а також знати методики психологічної підготовки пацієнта до лікування.

А.І. Далішук, В.С. Полішук

ПОКАЗНИКИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ ЛУНОК ВИДАЛЕНИХ РЕТЕНОВАНИХ ЗУБІВ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

С.С. Полішук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Комплексне лікування напівретенуваних зубів, що ускладнилися перикоронаритами на сьогоднішній день являє собою складну і актуальну проблему хірургічної стоматології та ортодонції. Велика

кількість вчених постійно проводить пошуки ефективних методів хірургічного видалення напівретенованих та дистопованих зубів, а також післяопераційного догляду, що призведе до прискорення загоєння. Доведено, що у пацієнтів із супутніми захворюваннями внутрішніх органів та систем перебіг загоєння лунок перебігає триваліше і з більшою кількістю ускладнень.

Мета: Дослідити показники денситометрії лунок видалених напівретенованих зубів у здорових пацієнтів і у хворих з порушенням функції гепатобіліарного тракту.

Матеріали та методи: Проведено дослідження 34 пацієнтів віком від 25 до 40 років з напівретенованими 38 чи 48 зубами, що ускладнилися гострим гнійним перикоронітом, яким була проведена операція «Перикоронаротомія та хірургічне видалення 38(48) зубів» у яких після оперативного втручання лунка була заповнена кров'яним згустком. В процесі роботи хворі було розділено на 2 групи: I – контрольна (без супутньої патології), II – пацієнти з порушеннями функції гепатобіліарного тракту, в яких при біохімічному дослідженні виявлено підвищення вмісту АЛТ, АСТ, фракцій білірубину та зниження загального білка в крові. Для вимірювання щільності тканини в ділянці лунок видалених зубів використовували комп'ютерний томограф з програмним забезпеченням Planmeca. Вимірювання здійснювались на 14, 30 і 60 день після операції.

Результати: В результаті дослідження виявлено 26 пацієнтів (76,4%) в яких не було зареєстровано супутньої патології та 8 пацієнтів (23,6%) із порушенням функції гепатобіліарного тракту. У пацієнтів I групи показники денситометрії на 14 день склали - $185,3 \pm 2,9$ HU, на 30 - $633,8 \pm 11,1$ HU, на 60 - $959 \pm 12,8$ HU. Показники денситометрії у II групі склали на 14 день $132,75 \pm 7,3$ HU і на 30 і 60 день відповідно $278,8 \pm 8,4$ і $694,3 \pm 11,3$ HU.

Висновок: При порушенні функції гепатобіліарного тракту показники денситометрії в ділянці лунок видалених напівретенованих зубів значно відставали від таких показників у здорових пацієнтів, що дозволяє стверджувати про негативний вплив дисфункції гепатобіліарного тракту, як на тривалість утворення кісткової тканини в ділянці лунок зубів так і на якість цієї кісткової тканини, яка має низьку щільність.

М.О.Єрошенко, А.В. Єрошенко
**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ PLASMOLIFTSNG ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРАДОНТУ**

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю.В.Філімонов (к.мед.н.,доц.)

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

Актуальність. В даний час у зв'язку з широкою поширеністю мікроорганізмів з перехресною стійкістю до антибіотиків, підвищеною алергізацією населення досліджуються нові методи лікування захворювань пародонту. Таким методом на сьогоднішній день може стати ін'єкційний метод Autosoma з використанням аутоплазми збагаченої тромбоцитами.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність методу на конкретних клінічних прикладах оцінити ефективність процедури в лікуванні пародонтиту у пацієнтів.

Матеріали і методи: у 16 пацієнтів з захворюваннями пародонту було оцінено рівень гігієни порожнини рота і стан тканин пародонта. Пацієнти були розділені на дві групи в залежності від методу лікування. У першій групі (10 пацієнтів) використана терапія по загальноприйнятій схемі з використанням тромбоцитарної аутоплазми (метод Autosoma), у 2-й групі (6 пацієнтів) - терапія по загальноприйнятій схемі без використання тромбоцитарної аутоплазми. Процедура складається з трьох етапів: 1 - забір крові з вени пацієнта в вакуумну пробірку Autosoma (9ml 3,8% sodium citrate) фірми Abalase (Греція); 2 - центрифугуємо кров для виділення з неї тромбоцитарної аутоплазми в центрифугу «80-2B Tabletop», режим центрифугування - 2500 об. / хв. протягом 10 хвилин; 3 - отриману плазму активуємо хлоридом кальцію 5-10% і ін'єкційно вводимо в область лікування. В область маргінальних ясен аутоплазма, що містить тромбоцити, вводиться об'ємом 0,1-0,2 мл, в область перехідної складки 0,3-0,5 мл на один зубощелепний сегмент, що складається з 1-2 зубів. Один курс складається з 4 процедур по 1 пробірці за відвідування.

Результати дослідження: значно знизився ІК, зменшувалася гіперемія і набряк. Динаміка індексу РМА зменшувалася в двох групах, але дещо більше в 1-й групі дослідження - на 24%. У контрольній групі після проведеного комплексного лікування середнє значення індексу РМА знизилося на 9%. Індекс кровоточивості по Мюллеману зменшився у всіх групах дослідження, але більш виражене його зниження в порівнянні з вихідним спостерігалось в 1-й групі дослідження - на 82%, в контрольній групі індекс кровоточивості знизився на 65%.

Висновки. Застосування методу в комплексному лікуванні захворювань пародонту дозволяє лікувати запалення в пародонті в більш ранні терміни. Метод є порівняно простим і високоефективним. Необхідно відзначити, що в ряді випадків вже через один тиждень можна побачити перший терапевтичний ефект лікування з використанням плазми, який проявляється поліпшенням показників гігієнічних і пародонтологічних індексів, зниженням кровоточивості ясен і придбанням яснами фізіологічного забарвлення.

А.А. Заровський
НЕЙРОТОКСИН ТИПУ А – НОВІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Л.І.Шкільняк (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Окрім використання в косметичних цілях нейротоксин токсин групи А (Ботокс) підходить для усунення цілого ряду стоматологічних проблем. В ортодонтії використовується для зменшення інтенсивності роботи м'язів після закінчення ортодонтичного лікування з метою запобігання зворотнього зсуву зубів після зняття брекет систем. В пародонтології – для зменшення натягу вуздечок верхньої та нижньої губи з метою зменшення травматизації зубо-епітеліального з'єднання. Можливе використання ботоксу для розслаблення м'язів у пацієнтів, які страждають бруксизмом.

Мета: Дослідження ефективності застосування ботуліністичного токсину(ботоксу) в патогенетичному лікуванні пацієнтів з бруксизмом.

Матеріали та методи: Для досягнення мети дослідження проведено ін'єкції ботоксу 7 хворим віком від 38 до 57 років, що звернулись на кафедру хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова за рекомендаціями приватних кабінетів зі скаргами на нічний скрегіт зубами та підвищену напруженість жувальних м'язів зубів, де їм було встановлено попередній діагноз бруксизм.

Визначення тону м'язів жувальних м'язів проводили за допомогою електроміографічного дослідження(ЕМГ) до та після проведення ін'єкцій ботоксу.

Ін'єкції ботуліністичного токсину здійснювалися в жувальні та скроневі м'язи в проекції чотирьох точок.

Результати: Середньостатистичні значення амплітуди електроміографічної кривої(емг-кривої) жувальних та скроневих м'язів після проведення ін'єкцій ботоксу становили: 170±12 мкВ(для правого жувального), 250±15 мкВ(для лівого жувального), 210±10 мкВ (для правого скроневого) та 320±17 мкВ(для лівого скроневого)м'язів, і були достовірно нижчими порівняно зі значеннями амплітуди емг-кривої до проведення ін'єкцій ботоксу: 810±11 мкВ та 630±13 мкВ і 410±15 мкВ та 715±12 мкВ відповідно при (р<0,001).. Це дозволяє стверджувати про наявність у досліджуваних хворих вираженого розслаблення жувальних та скроневих м'язів внаслідок блокування ботуліністичним токсином викиду ацетилхоліну в області нервово-м'язового синапсу, що викликає тимчасовий параліч м'язів і відповідно зменшення їхнього тону.

Висновки: Таким чином ін'єкції ботоксу - це неагресивний засіб для контролю м'язового тону за допомогою якого можна ефективно зменшувати до мінімуму патологічні зміни в тканинах, що зазнають впливу підвищеного тиску при бруксизмі. Отримані результати досліджень необхідно враховувати при комплексному лікуванні даної патології і плануванні профілактичних заходів.

Т. М. Канішина
ХАРАКТЕРИСТИКА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ЩУРІВ.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
О. С. Барило (д.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м Вінниця, Україна

Актуальність: Адекватне моделювання цукрового діабету у тварин є основою для доклінічного вивчення антидіабетичних препаратів та нових методів лікування. Існує ряд експериментальних моделей цукрового діабету – панкреатична, алоксанова, стрептозоцинова, дітізонова, метагіпофізарна, метастероїдна (тривале введення дексаметазону), генетична, імунна. Але всі моделі цукрового діабету (1-го та 2-го типів) не мають повної відповідності до протікання цієї хвороби у людини, вони відтворюють певні ланцюги патогенезу цукрового діабету.

Мета: Оцінити експериментальну модель набутої інсулінорезистентності у щурів визваної тривалим введенням дексаметазону.

Матеріали та методи: Створювалась модель цукрового діабету 2-го типу у щурів масою понад 160 г віком від 5 до 15 місяців. Піддослідним тваринам вводився дексаметазон 0,125 мг/кг маси п/ш протягом 14 діб та призначалась високо вуглеводна дієта (солодка вода, білий хліб). Після закінчення експерименту проводилось гістологічне дослідження внутрішніх органів тварин по загальноприйнятим методикам.

Результати: Відомо, що тривале введення дексаметазону призводить до розвитку інсулінорезистентності, зниження чутливості тканин до інсуліну, порушує функцію β- клітин підшлункової залози. В експерименті базальна гіперглікемія розвивалась не у всіх тварин. Стійка помірна базальна гіперглікемія відмічалась у тварин старше 10 місяців. У молодших тварин розвивалась інсулінорезистентність, відмічалась нестійка гіперглікемія.

Висновки: У дорослих тварин при тривалому введенні дексаметазону розвивалась базальна гіперглікемія, при гістологічному аналізі виявлені структурні зміни в великих слинних залозах, серці, легенях, печінці та нирках які характерні для цукрового діабету 2-го типу. У молодих тварин при тривалому введенні дексаметазону

розвивався стан, що характеризується як переддіабет.

Д.М. Касьяненко

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ЖУВАЛЬНИХ ТА МІМІЧНИХ М'ЯЗІВ.

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю. В. Філімонов (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дистальний прикус залишається найпоширенішою сагітальною аномалією прикусу і складає до 65% [П.С. Фліс і співавт. 2005, В.Д. Куроєдова 1990, О.С. Васильчук 2008].

Мета: Метою дослідження було вдосконалення ортодонтичного апарату для одночасного лікування дистального прикусу та відновлення порушеної функції жувальних та м'язів.

Матеріали та методи: До дослідження було залучено 90 пацієнтів віком 9-12 років, лікування проводили запатентованим знімним функціонально діючим двощелеповим ортодонтичним активатором. У 70 % пацієнтів дистальний прикус був ускладнений ротовим типом дихання, 30 % пацієнтів мали фізіологічний тип дихання. Застосовувались апаратні, клінічні, антропометричні, рентгенографічні методи дослідження.

Результати: Встановлено, що у дітей віком 9–12 років з дистальним прикусом та фізіологічним (носовим) типом дихання порівняно з контрольною групою реєструвалося підвищення біоелектричної активності скроневи

м'язів

(в межах $2,3-11,9\pm 3,65\%$) на фоні зниження показників у власне жувальних м'язах (в межах $6,9-13,4\pm 2,89\%$) і круговому м'язі рота ($4,0-10,7\pm 3,21\%$). Загальне відхилення значень отриманих показників від нормативного коливається в межах $2,3-13,4\pm 3,21\%$. Такі зміни є проявом формування компенсаторної реакції м'язів і не впливають на зовнішній вигляд пацієнта.

Аналіз даних дослідження дітей віком 9–12 років з дистальним прикусом та патологічним (ротовим) типом дихання порівняно з контрольною групою показав підвищення всіх вимірюваних ЕМГ-параметрів для скроневи м'язів (в межах $16-31,1\pm 3,12\%$) і зниження – для власне жувальних та колового м'язу рота (в межах $17,0-29,8\pm 3,09\%$ і $16,8-35,9\%$ відповідно). Загальне відхилення значень отриманих показників від нормативного коливається в межах $16,0-35,9\pm 2,56\%$. Дані відхилення можуть бути розцінені як прояв формування патологічної реакції м'язів, що супроводжується негативними змінами у зовнішньому вигляді пацієнта.

Висновки: Клініко-лабораторними дослідженнями підтверджено ефективність застосування розробленого знімного функціонально діючого двощелепового ортодонтичного активатора. Відновлення знижених та нерівномірних електроміографічних параметрів досліджуваних м'язів спостерігалось через 3 місяці після початку лікування в межах $4,0-31,2\pm 3,14\%$.

Н.В. Котик, Т.Р. Закалата

АНАЛІЗ ОКЛЮЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю. В. Філімонов (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Близько чверті пацієнтів лікаря-ортодонта є дорослі пацієнти. У дорослих для лікування патологічного прикусу, в основному, застосовуються брекет-системи. Досить часто, внаслідок оклюзій них перевантажень виникають ускладнення після ортодонтичного лікування у таких пацієнтів, такі як тріщини емалі, рецесія ясен, гінгівіти, дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу, резорбція коренів зубів, рецидив. Як своєчасно виявити і запобігти ці ускладнення після ортодонтичного лікування?

Мета: Аналіз оклюзії у дорослих пацієнтів після ортодонтичного лікування.

Матеріали та методи: Група із 10 пацієнтів, вік – з 19 до 22 років, які завершили ортодонтичне лікування та носять ретейнери, з безперервними зубними рядами, без будь-яких ортопедичних конструкцій в порожнині рота, без скарг та супутніх захворювань. Оклюзійні співвідношення ми досліджували за допомогою апаратно-програмного комплексу «T-Scan III» (США).

Результати: Суть методу полягає в тому, що пацієнт прикусує індивідуальну сенсорну пластинку, що реагує на оклюзійний тиск. Програма дозволяє в режимі реального часу відстежувати послідовність виникнення оклюзійних контактів на поверхнях зубів, час змикання та розмикання зубів, відносне навантаження на кожен зуб, розподіл оклюзійного навантаження між сторонами щелеп. Отримані дані можуть бути неодноразово відтворені в режимі відеозапису. На підставі клінічних досліджень було виявлено нерівномірне виникнення контактів з обох боків щелеп, збалансованість в момент максимальних міжгорткових контактів була в середньому співвідношенні в 55% на 45% по сторонам змикання. Були виявлені супраконтакти на молярах у всіх обстежених пацієнтів та у однієї пацієнтки на правому центральному різці. Середній час досягнення

максимальних міжгорбкових контактів склав 0.19+-0.03с., а супраконтакти виникали на 0.17+-0.02с. з моменту виникнення першого контакту між зубами.

Висновки: На підставі дослідження було виявлено наявність супраконтактів в бокових ділянках щелеп, переважно на перших молярах. Супраконкт – пусковий механізм багатьох захворювань зубощелепного апарату. Отримані результати свідчать про необхідність більш об'єктивного обстеження та корекції оклюзії після завершення ортодонтичного лікування для уникнення ускладнень, що можуть виникнути внаслідок оклюзійної травми.

Н. В. Котик

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ МАШИННИМИ ІНСТРУМЕНТАМИ PROTAPER, SILK ТА РУЧНИМИ К-ФАЙЛАМИ

Кафедра терапевтичної стоматології

М.А. Горай (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність: якість очистки та формування кореневих каналів має провідне значення в ефективності ендодонтичного лікування. Перспективним є використання для препарування кореневих каналів сучасних нікель-титанових машинних систем, які пришвидшують роботу лікаря-стоматолога, дозволяють зберегти форму кореневого каналу та уникнути транспортації.

Мета: порівняти in vitro очищувальні властивості машинних нікель-титанових інструментів Protaper Universal фірми Dentsply/Maillefer, Silk фірми Manu та ручних К-файлів (Mani) в системі кореневих каналів.

Матеріали та методи: проведено препарування щічних кореневих каналів 30 видалених премолярів. Піднебінні канали слугували контролем. Препарування проводили ендомотором X-Smart фірми Dentsply/Maillefer. Торк та швидкість роботи виставляли згідно з рекомендаціями виробника. Зуби поділили на три групи. В кожній з них щічні канали препарували: 1- файлами Protaper Universal, 2- Silk, 3- К-файлами з нержавіючої сталі. К-файл №10 використовували для визначення робочої довжини та прохідності кореневих каналів. У всіх групах зубів для іригації використовували фізрозчин. Після препарування і формування кореневого каналу робили поперечні зрізи на відстані 3мм та 5мм від анатомічного апексу та забарвлювали розчином гемотоксилін-еозину. Під світловим мікроскопом фірми «ЛОМО» оцінювали: кількість ошурок, кількість предентину; ступінь чистоти стінок у відпрепарованих та в контрольних каналах. В якості ошурок приймали інфіковані залишки дентину та пульпи. Для оцінки зрізів кожен канал поділили на 4 квадранта за методикою Maryam Ehsaniet al., 2010. Використовували ступені від 1 до 4 для відображення змін: 1- наявність ошурок 0-25%, 2- 26-50%, 3- 51-75%, 4- 76-100%. Суб'єктивно оцінювали ергономічні властивості інструментів. Статистичний аналіз проводили з використанням пакетів програм Microsoft Exsel.

Результати: при вивченні кількості ошурок на відстані 3 мм від верхівки найбільший результат виявився в групі К-файлів, а 5мм від верхівки найменша кількість ошурок в групі Silk та Protaper Universal. Найменша кількість пре дентину (3 мм від верхівки) виявлена в групі Protaper Universal. В той же час найкраща ефективність очистки 3 мм від верхівки спостерігали в групі Silk(p=0, 007), а 5мм від апексу – Protaper Universal, Silk та К-файли.

Висновки: при формуванні кореневих каналів в апікальній зоні інструменти Protaper Universal та Silk є більш ефективними, ніж ручні К-файли. Silk менш агресивний інструмент по відношенню до тканин зуба порівняно з Protaper Universal, про що свідчить кількість видаленого предентину. При використанні Silk збільшується безпека та швидкість препарування завдяки підвищеній гнучкості інструмента. Конструктивна особливість інструмента повністю виключає ефект вкручування в стінки каналу, що дозволяє уникнути транспортації та перфорації його стінки.

І.І.Красна

ВПЛИВ НАНОРОЗМІРНОЇ КОМПОЗИЦІЇ СИЛКСУ І АМОКСИЦИЛІНУ НА ПОКАЗНИКИ КЛІНІЧНИХ ІНДЕКСІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Кафедра терапевтичної стоматології

О.І.Кутельмах (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Масова поширеність генералізованого пародонтиту обумовлюють необхідність пошуку ефективних засобів його лікування з урахуванням нових сучасних уявлень щодо механізму розвитку захворювання.

Мета: оцінити терапевтичний ефект комбінованої методики лікування запального процесу в пародонті застосуванням нанорозмірної композиції силіксу і амоксициліну за динамікою зміни показників клінічних індексів у хворих на генералізований пародонтит безпосередньо після проведеного лікування.

Матеріали і методи: в ході виконання роботи проведено клінічне обстеження й лікування 13 хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту поч.-І ступеню, без соматичної патології. Стан тканин пародонту оцінювали на основі даних клінічного огляду та спеціальних методів обстеження. Залежно від проведеного лікування пацієнтів розділили на дві групи: контрольну (6 чол.) та основну (7 чол.). Після проведення сеансу базисної терапії, хворим контрольної групи в кожне відвідування наносили методом аплікації на ясеневий край і в пародонтальні кишені 5% водяну суспензію силіксу, а пацієнтам основної групи - 10 % суспензію силіксу і амоксициліну, експозицією по 15-20 хвилин. Паралельно хворим основної групи перорально призначали амоксицилін в рекомендованих дозах.

Результати: після завершення лікування, у всіх хворих визначалося достовірне зниження ($P < 0,05$) показників досліджуваних гігієнічних індексів: Грін-Вермільйона в 4,9 і 4,1 рази та Сілнес-Лое в 3,8 і 3,4 в основній і контрольній групах відповідно, зменшення кровотечі з ясен, усунення набряку і нормалізація їх кольору, що підтвердило зниження індексу М'юлемана і РМА. Динаміка покращення клінічного стану тканин пародонту в основній групі хворих склала: для індексу Мюлемана - $403 \pm 60\%$ в порівнянні з контрольною групою - $255 \pm 28\%$ і $484 \pm 41\%$ та $248 \pm 16\%$ для індексу РМА відповідно.

Висновки: порівняльний аналіз терапевтичної ефективності місцевих лікарських форм показав, що всі застосовувані аплікаційні засоби призводять до зниження показників обумовлених гігієнічних індексів, що свідчить про активну деактивацію вірулентності пародонтопатогенної мікрофлори, без якої утворення зубних відкладень є неможливим, при цьому дещо кращі показники реєструвалися в основній групі хворих. Про ліквідацію запального процесу свідчить достовірне зниження індексу М'юлемана і РМА, проте істотна різниця між цими показниками в даних групах хворих свідчить про більш ефективнішу терапевтичну дію поліфармаковалентної лікувальної композиції на основі сорбенту і антибіотика і, можливо, додатковим призначення таблетованої форми амоксициліну.

А.О. Кушта, Г.І. Марчук

ДОГЛЯД ЗА РАНЕВОЮ ПОВЕРХНЕЮ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

А.О. Кушта (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Проблема досягнення оптимальних естетичних результатів після хірургічного лікування новоутворень шкіри залишається актуальною проблемою. Приєднання вторинної інфекції та утворення грубого рубця можуть звести нанівещь позитивний хірургічний результат лікування.

Мета. Для попередження подібних ускладнень нами запропонований спосіб догляду за раневою поверхнею, який заключається в профілактиці запальних та інфекційних ускладнень, стимуляції репаративних процесів.

Матеріали та методи. Нами проліковано 36 пацієнтів з різними доброякісними новоутвореннями шкіри (фіброми, папіломи, невуси, бородавки і т.д.) з локалізацією на обличчі, шиї та ділянки декольте. Всім пацієнтам проводили хірургічне видалення пухлини за загальноприйнятими методиками. Для формування кірочки раневу поверхню одразу після операції обробляли розчином фукорцин чи використовували препарат «Банеоцин» у вигляді присипки, тому пацієнти були розділені на дві групи. Загоювання операційної рани оцінювали за клінічними даними: наявністю набряку (0-3 балів), запальної інфільтрації тканин (0-3 балів), час появи та вираженість крайової епітелізації (7-10 день).

Результати. На 1-5 день після операції, пацієнти в домашніх умовах самостійно обробляли ранову поверхню по схемам: р-н перекису водню, р-н спирту, р-н фукорцин (1 група), р-н перекису водню, р-н спирту, «Банеоцин» у вигляді присипки – 3-4 рази в день. На 6-11 день одробляли рану лише 2-3 рази в день. У всіх пацієнтів рана гоїлась вторинним натягом під кірочкою, яка відпадала на 14-20 день. В другій групі відсутність набряку та інфільтрація тканин була менш вираженою, в порівнянні із першою групою. Епітелізація відбувалася на 2-3 дні раніше у пацієнтів, які лікувалися «Банеоцином», ніж ті, що р-ном фукорцин. Крім того, у 3 пацієнтів, які використовували р-н фукорцин спостерігалася нагноювання рани, що пов'язано з приєднанням вторинної інфекції.

Висновки. Таким чином, використання препарату «Банеоцин» дозволяє досягти скорочення термінів лікування та оптимальних результатів як з хірургічної, так і естетичної точки зору.

Р.Ю. Маруха

АРГУМЕНТАЦІЯ ВИБОРУ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ IV – VII ПОКОЛІНЬ У СУДОВІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ТА КРИМІНАЛІСТИЦІ

Кафедра ортопедичної стоматології, науково - дослідний центр судової стоматології

С.Б. Костенко (к.мед.н., доц.)

ДВНЗ “Ужгородський Національний Університет”

м. Ужгород, Україна

Актуальність теми: З появою новітніх методів лікування та сучасних матеріалів у стоматології, гостро постає питання вирішення оцінки якості надання стоматологічної допомоги населенню (Самойленко А.В., Соколова І.І., 2016). За даними Клітинської О.В., поширеність карієсу та його ускладнень у дорослого населення становить 94-97%. Основною стоматологічною маніпуляцією спрямованою на усунення карієсу та його ускладнень являється пломбування каріозних порожнин фотокомпозитами, що в свою чергу неможливо без використання адгезивних систем.

Неякісно надана стоматологічна допомога являється причиною судових позовів, в яких постає питання визначення вартості стоматологічних послуг, визначення фальсифікату та якості надання стоматологічної допомоги..

Мета роботи: Аргументація застосування спектрофотометричних методів ідентифікації адгезивних систем у порівнянні з іншими методами та обґрунтування доказової бази в стоматології та судовій медицині з подальшим їх впровадженням в клінічну практику, з метою виявлення фальсифікованої продукції на стоматологічному ринку України.

Матеріали та методи дослідження: В експерименті використовували спектрофотометричну установку на базі спектрофотометра СФ – 4 та представників основних поколінь адгезивних систем: Prime&Bond NT (Dentsply), Gluma Comfort Bond (Heareus Kulzer), BondForce (Tokuyama), OptiBond Solo Plus (Kerr), ForBond (CromDental), Single Bond Universal (3M), Adper Single Bond (3M), Tetric N Bond Self Tech (Ivoclar). Із всіх представників адгезивних систем було виготовлено однакові заготовки, розміром 10 x 5 x 2 мм. Розміри досліджуваних пластинок перевіряли за допомогою штангенциркуля. Пластинки промаркували за допомогою цифрової нумерації для оптимізації процесу категоризації результатів.

Результати дослідження та їх обговорення: Використання розширених методів спектрофотометрії дозволяє проводити ідентифікацію адгезивних систем V – VII поколінь здатних пропускати та поглинати світлові хвилі в діапазоні (400-700 нм.) В результаті проведених досліджень виявлено, що ультразвуковий метод та спектрофотометричний метод відбивання не являється достовірним, тому використовувати його недоцільно. Метод поглинання та пропускання дозволяє провести ідентифікацію адгезивної системи, що в свою чергу дає можливість застосовувати даний метод у стоматологічній практиці, судовій стоматології, криміналістиці та судово-медичній експертизі з метою визначення фальсифікату стоматологічної продукції, що виявляється на стоматологічному ринку України.

Висновки: Проведені лабораторні дослідження виявили, що спектрофотометричні методи ідентифікації адгезивних систем різноманітних поколінь здатних пропускати та поглинати світлові хвилі в діапазоні (400-700 нм.) являються достовірними. Це в свою чергу дає можливість застосовувати їх у стоматологічній практиці, судовій стоматології та криміналістиці з метою виявлення фальсифікату на стоматологічному ринку України та визначення рівня якості надання стоматологічних послуг.

І.В. Мрочковська

ПРОВЕДЕННЯ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ ЯК ОДИН ІЗ ПЕРШИХ ЕТАПІВ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Кафедра стоматології дитячого віку

В.В Іванчишин (ас.)

Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького

м.Львів, Україна

Актуальність. Висока ураженість карієсом зубів та його прогресуючий ріст дуже часто спостерігається серед дітей з розумовими відхиленнями, зокрема у дітей з аутизмом.

Дослідженнями іноземних науковців з'ясовано, що у 85 % хворих на аутизм дітей виявлений поганий стан гігієни порожнини рота (DeMattei R. et al.,2007), карієс зубів діагностується у 84,6 %, гінгівіт – у 97 % (Jaber MA.,2011), порушення прикусу – у 71,15 % (Vishnu Rekha S. et al., 2012), а 70 % хворих страждають від самотравмування (Armstrong D. et al., 1999). Отже, діти з аутизмом мають більшу потребу в лікуванні, проте такі фактори як страх, тривога, зубна фобія являються найбільш значимими бар'єрами у лікуванні цих пацієнтів. Тому санітарно-просвітницька робота серед дітей та батьків з цими вадами займає домінуюче місце на першому етапі профілактики карієсу.

Мета. Метою дослідження стало розпрацювання програми гігієнічного виховання для здійснення якісної профілактики карієсу серед дітей з аутизмом та їх батьків.

Матеріали та методи. Обстежено сімнадцять дітей з аутизмом, віком від 7 до 15 років, Школи – інтернату

№102 для розумово відсталих дітей(м.Львів). Предмет дослідження - рівень знань основних положень стоматологічної культури. Дослідження проводилось методом анкетування, вивчення стоматологічного статусу, визначення стану гігієни порожнини рота за допомогою індексу Федорова-Володкіної та проведення уроків-бесід.

Результати дослідження. Під час анкетування нами встановлено, що 82% дітей практично не володіють знаннями гігієнічного догляду за порожниною рота, 10% володіють навичками частково або за допомогою батьків, і лише 8% дітей і батьків мають знання на належному рівні.

Проаналізувавши наші дані, та, провівши огляд порожнини рота було встановлено, що у дітей, хворих на аутизм, інтенсивність карієсу в середньому складає 92%, при поширеності 5,8. Дослідженнями встановлено, що індекс Федорова-Володкіної у цих дітей в середньому складає 5,8 бала, що свідчить про незадовільний рівень гігієни порожнини рота.

Після закінчення огляду було проведено санітарно-освітню роботу, щодо догляду за порожниною рота з використанням бесіди та наочностей.

Висновки. Отже, з усього вище зазначеного, ми можемо зробити висновок, що розпрацювання програми гігієнічного виховання для здійснення якісної профілактики карієсу є основним моментом в профілактиці стоматологічних захворювань серед дітей з аутизмом та їх батьків.

І.В. Овчарук, Я.О. Кравчук

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ СКРОНЕВОЇ І ПІДСКРОНЕВОЇ ДІЛЯНОК

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лищевої хірургії.

С.С. Поліщук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гнійно-запальні процеси обличчя та шиї займають значну частку в структурі стаціонарних та амбулаторних стоматологічних хворих. Щелепно-лицеві хірурги досить рідко зустрічаються з гнійними захворюваннями, які локалізовані в скроневої та підскроневої ділянках. Це пов'язано з особливістю анатомічної будови цих ділянок. Нерідко лікарі під час визначення етіологічного фактору гнійно-запальних захворювань скроневої та підскроневої ділянок зустрічаються з труднощами його визначення, що перш за все пов'язано з неондонтогенною причиною.

Мета: Визначити поширеність гнійно-запальних захворювань скроневої і підскроневої ділянок та визначити особливості діагностики, хірургічного лікування.

Матеріали і методи: Дослідження проводилося на базі відділення щелепно-лицевої хірургії МКЛ ШМД. Вік хворих коливався в межах 24-53 років. За 2014-2016 роки було проаналізовано та спостережено за 253 хворими. У всіх хворих був зібраний детальний анамнез захворювання. Для пацієнтів проведено розкриття гнійника внутрішньоротовим та позаротовим доступом.

Результати: Серед оглянутих хворих на гнійно-запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки було виявлено лише 8 (3,2%) хворих, в межах скроневої та підскроневої ділянок. Під час визначення етіологічного чинника не було виявлено одонтогенної причини, слинні залози були в нормі. Тому виходячи з даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження було висунуто припущення, що причиною є запалення лімфатичного вузла.

Для 3-х хворих було проведено розкриття флегмони позаротовим доступом в день поступлення, і в усіх випадках на 2-3 добу приходилося дорозкривати гнійники внутрішньоротовими доступами. 5 хворим проведено розкриття внутрішньоротовим та позаротовим доступом. Середній термін перебування на лікуванні в стаціонарі у першої групи хворих склав $18,7 \pm 1,8$ днів, а у другої $13,1 \pm 2,4$ дні. Це пов'язано з тим що, можливі різні варіанти розміщення лімфатичних судин у вузлів в цих ділянках, які в подальшому можуть запалюватися і призводити до аденофлегмон.

Висновок: В результаті проведених досліджень можна зробити висновок, що гнійно-запальні захворювання скроневої та підскроневої ділянок зустрічаються в 3,2% випадків, що пов'язано з особливостями будови та розміщення лімфатичних вузлів і судин. При локалізації гнійника в скроневої і підскроневої ділянках доцільно проводити розкриття внутрішньоротовим та позаротовим доступом, що призводить до скорочення термінів одужання.

К. І. Осадча

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕЛЮ З «НЕОВІТІНОМ» ТА «КОМПЛЕКСУ №2» (VIVAX DENT, РОСІЯ) В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ

Кафедра терапевтичної стоматології

Л.Ф. Курдиш (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Лікування та профілактика захворювань пародонту, незважаючи на значну кількість досліджень, залишається складною й актуальною медичною проблемою. Значна кількість сучасних досліджень свідчить про високий ризик виникнення ускладнень після застосування антимікробних препаратів та препаратів, що містять активні хімічні сполуки (розвиток алергійних реакцій, зниження резистентності організму). Тому все більшої актуальності набуває використання засобів на основі пептидних комплексів і препаратів природного походження.

Мета: Вивчення ефективності застосування гелю з «Неовітіном» та «Комплексу №2» (VIVAX DENT, Росія) в комплексному лікуванні пацієнтів з хронічним катаральним гінгівітом.

Матеріали та методи: Основну групу обстеження склали 22 студенти стоматологічного факультету Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (17-18 років), в комплексному лікуванні яких використовували аплікації гелю з «Неовітіном» та застосовували засоби догляду за ротовою порожниною із «Комплекс 2». Контрольну групу – 25 осіб, відповідного віку, яких лікували за стандартною комплексною терапією катарального гінгівіту. Стоматологічне дослідження включало в себе оцінку гігієнічного стану порожнини рота за індексом Green-Vermilion (OHI-S), наявність ознак запалення та кровоточивості - за результатами індексів РМА та РВІ. Також враховували суб'єктивні скарги пацієнтів: наявність больових відчуттів, дискомфорту і кровоточивості під час прийому їжі та проведенні індивідуальної гігієни. Контрольні огляди проводили на 3-й, 7-й та 14-й день від початку лікування.

Результати: В результаті проведеного лікування пацієнти основної групи які використовували гель, зубну пасту та бальзам «VIVAX DENT», уже на третій день спостерігали зменшення набряку ясен, кровоточивості та зникнення неприємного запаху з ротової порожнини. На 7-у добу динамічного спостереження в даній групі встановлено зникнення симптомів хронічного катарального гінгівіту, що підтверджувалось значеннями індексів РМА ($3,27 \pm 0,85\%$) та РВІ ($0,73 \pm 0,1$) В контрольній групі також спостерігали позитивну динаміку, але через більш тривалий проміжок часу (на 14-й день). Показники РМА та РВІ склали відповідно $8,43 \pm 1,2\%$ та $1,43 \pm 0,1$. В обох досліджуваних групах спостерігали покращення гігієнічного стану ротової порожнини. Проте в основній групі на 14 день обстеження було зареєстровано достовірно ($P < 0,05$) нижчі показники індексу Green-Vermilion у порівнянні з групою контролю ($0,42 \pm 0,07$ проти $0,66 \pm 0,08$).

Висновки: Отже, використання застосування гелю з «Неовітіном» та «Комплексу №2» (VIVAX DENT, Росія) при лікуванні хронічного катарального гінгівіту дозволяє підвищити ефективність стандартної комплексної терапії.

Д. О. Плаксін, О.П. Дудік

КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ІОННОЇ ЗУБНОЇ ЩІТКИ

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю. В. Філімонов (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гігієнічний догляд за порожниною рота є важливим ланцюгом не тільки в профілактиці захворювань зубів та слизової порожнини рота, а й шлунково кишкового тракту та організму в цілому. Новітні технології надають можливість виробникам розширювати асортимент засобів для індивідуальної оральної гігієни. Мануальні зубні щітки залишаються популярними засобами індивідуальної гігієни, але все більше поступаються електричним, іонним.

Мета дослідження: встановити гігієнічні властивості іонної зубної щітки Splat ION SMART TOOTHBRUSH та порівняти з мануальною.

Матеріали та методи дослідження: клінічне дослідження було проведено у 20 дітей, віком від 10 до 12 років. Експериментальні групи склалися з 10 чоловік. Всім дітям було проведено корекцію дієти, професійну гігієну та санацію порожнини рота. Всіх дітей та батьків проконсультовано щодо вибору зубних щіток та правил чистки зубів. Спостереження тривало 1 місяць. Під час первинного огляду та в ході дослідження використовували індекс гігієни OHI-S [Green, Vermillion, 1964].

Діти основної групи користувалися іонною зубною щіткою Splat ION SMART TOOTHBRUSH (Японія), в контрольній групі було застосовано мануальну зубну щітку.

Результати дослідження: при первинному огляді показники ОНІ-S становили в основній - $1,91 \pm 1,3$ та $1,96 \pm 1,2$ балів в контрольній групі, що відповідає незадовільній гігієні порожнини рота. Через місяць гігієнічні показники значно покращилися в обох групах і були наступними в основній групі $0,63 \pm 0,9$ балів та $0,88 \pm 0,12$ балів в контрольній відповідно. Отримані значення можна інтерпретувати як низький та середній показники ОНІ-S. Експериментально було встановлено, що стан гігієни порожнини рота в основній групі, в якій використовували зубну щітку Splat ION SMART TOOTHBRUSH значно поліпшився і відповідає показникам хорошої гігієни порожнини рота. В контрольній групі також було виявлено позитивну динаміку – оральна гігієна покращилася в двічі і знаходиться в межах задовільних показників.

Висновки: за результатами клінічного дослідження було встановлено, що застосування іонної зубної щітки значно покращує гігієнічний стан порожнини рота. Діти відмітили, що з задоволенням користуються даною щіткою та їх іонна щітка для зубів творить чудеса, легко і надовго роблячи зуби чистими, а посмішку – сяючою.

А.В. Погоріла

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ НЕОМІДАНТАНУ (АМАНТАДИНУ) ПРИ ЯТРОГЕННМУ КОМПРЕСІЙНО-ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Кафедра терапевтичної стоматології

М.М. Шінкарук-Диковицька (д.мед.н., доц.,)

Навчально-науково-дослідна лабораторія з доклінічної оцінки нових лікарських засобів та біологічно активних сполук «Фармадар»

О.А. Ходаківський (д.мед.н., проф.,)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Серед найрозповсюджених ускладнень у практиці стоматолога, є потрапляння пломбувального матеріалу поза межі верхівки кореня зуба. Доцільність розробки та впровадження невротитопротекторної терапії, яка має за мету підвищити толерантність нервових волокон до дії альтераційних чинників при лікуванні хворих з ятрогенним компресійно-токсичним ураженням нижнього альвеолярного нерву, не залишає сумніву і є своєчасною.

Мета. Експериментальне обґрунтування підвищення ефективності лікування гострої компресійно-токсичної невропатії нижнього альвеолярного нерву шляхом доклінічної оцінки ефективності неомідантану за новим призначенням в якості невротитопротектора.

Матеріали та методи. Досліди виконано на кролях в умовах ятрогенного компресійно-токсичного ураження нижнього альвеолярного нерву, змодельованого на тлі нарізного введення в трепанаційний отвір, який розташовано на нижній щелепі в проекції нерву, пломбувальних сумішей «Foredent» та «АН-Plus». Досліджували маркери невродеструкції (активність нейрон-специфічної енолази та рівень білка S100), шляхом їх імуноферментного визначення в сироватці крові. В трійчастому вузлі за допомогою протоковометричного аналізу визначали інтенсифікацію апоптогічних та нейропроліферативних процесів. В цій же структурі, використовуючи біохімічні методи, оцінювали зміни внутрішньоклітинного метаболізму (енергодефіцит, розвиток оксидативного стресу). За допомогою лазерної доплерографії прижиттєво вивчали зміни мікроциркуляції в проекції виходу а. mentales. Досліджували ефективність неомідантану («Амантадин», Олайнфарма, Латвія), дозою 10 мг/кг ентерально 2 р/д, упродовж 30 діб експерименту.

Результати. Комплексний механізм невротитопротекторної дії неомідантану пов'язаний із стимуляцією кровопостачання ураженого нерву, усуненням енергодефіциту, метаболічного ацидозу, оксидативного ушкодження клітин трійчастого вузла, збереженням його цитоархітекτονіки, у тому числі, за рахунок зменшення апоптозу.

Висновки. В роботі наведено вирішення актуальної наукової проблеми стоматології, що виявляється у підвищенні ефективності фармакотерапії ятрогенного компресійно-токсичного ураження нижнього альвеолярного нерву шляхом застосування неомідантану за новим призначенням в якості невротитопротектора, який завдяки впливу на ключові молекулярні ланки патобіохімічного каскаду в нервових волокнах та нейронах трійчастого нерву сприяє реалізації засад первинної невротитопротекції.

В.С. Поліщук, А.І. Даліщук

ВПЛИВ КВЕРТУЛІНУ НА ДИНАМІКУ ВІДНОВЛЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ДЕФЕКТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

С.М. Шувалов (д.м.н., проф.,)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Останнім часом актуальність проблеми травматизму збільшується, при цьому відзначається зростання його з переходом на інвалідність та тимчасову втрату працездатності. Значну питому вагу в структурі загального травматизму займає щелепно-лицевий травматизм та його ускладнення. При виникненні ускладнень

важливе місце належить консервативній терапії.

Мета: Покращити динаміку загоєння та відновлення мінеральної щільності травматичного дефекту нижньої щелепи щурів шляхом використання квертуліну.

Матеріали та методи: Експеримент проведений на 20 білих щурах лінії Вістар, віком – 5-6 місяців та масою 240-270 г, що були поділені на 2 групи, по 10 щурів в кожній: контрольна – щурі, для яких було проведено нанесення перфорації нижньої щелепи; дослідна – щурі, для яких було проведено нанесення перфорації нижньої щелепи та призначено квертулін по 200 мг на кілограм маси щура. Для всіх щурів проводили дослідження мінеральної щільності нижньої щелепи в ділянці дефекту за допомогою комп'ютерного томографа з програмним забезпеченням Planmeca, шляхом визначення одиниць Хаунсфілда, які є умовними одиницями вимірювання рентгенопрозорості тканин на окремих ділянках. Показники мінеральної щільності ділянки дефекту визначали на 7, 14, 30, 60 день.

Результати: У щурів контрольної групи, щурі, для яких було проведено нанесення перфорації нижньої щелепи на 7 день при проведенні денситометрії ділянки дефекту нижньої щелепи показники мінеральної щільності склали $33,3 \pm 2,5$ HU, що відповідало щільності кров'яного згустку по шкалі Хаунсфілда. У тварин дослідної групи, для яких було проведено нанесення перфорації нижньої щелепи та призначено квертулін, щільність мала вищі показники та складала $47,4 \pm 3,1$ HU. В посліуючі дні дослідження, відновлення щільності тканини в ділянці дефекту мала більш позитивну динаміку у тварин дослідної групи, для яких було проведено нанесення перфорації нижньої щелепи та вводили в добовий раціон квертулін. Показники денситометрії ділянки дефекту нижньої щелепи на 14 день дорівнювали у тварин контрольної групи $253 \pm 9,7$ HU, на 30 день – $513,3 \pm 13,2$ HU, на 60 день – $931,3 \pm 9,7$ HU, а у тварин дослідної групи наступні, на 14 день – $425,8 \pm 6,3$ HU, на 30 день – $732,8 \pm 9,9$ HU, на 60 день – $1198,5 \pm 19,2$ HU

Висновок: Проведене дослідження показало, що при використанні квертуліну в добовому раціоні щурів зростає динаміка відновлення мінеральної щільності ділянки кісткового дефекту на 7 добу – в 1,4 рази, 14 добу – 1,7 рази, 30 день – 1,43 рази, 60 день – 1,3 рази, що склало сумарно в 1,5 рази. Доцільно використовувати квертулін при комплексному лікуванні післятравматичних дефектів та переломів нижньої щелепи.

В.С. Поліщук, Т.В. Чугу

ЕНДОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТА АНАТОМІЯ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ: ПРАГНЕННЯ ДО ДОСКОНАЛОСТІ

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю.В. Філімонов (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: коли стоматологи діагностують інфікування чи некроз пульпи в тимчасових зубах, у них є вибір між двома рішеннями: видалити зуб і при необхідності замістити дефект, щоб зберегти простір для прорізування постійного зуба, або забрати залишки пульпи і обтурувати кореневі канали з посліуючим відновленням зуба. Як правило, показами до ендодонтичного лікування є наявність в кореневій пульпі клінічних ознак незворотнього пульпіту, в той час коли резорбція коренів відсутня чи є мінімальною. Успіх же ендодонтичного лікування залежить від вибраного інструментального підходу, вдалої медикаментозної обробки та правильного матеріалу для обтурації. При цьому ендодонтія тимчасових молярів з складною морфологією є достатньо складною задачею, від виконання якої залежить велика частина успіху. Особливо ця проблема актуальна при виявленні додаткових кореневих каналів у верхніх тимчасових молярах, це пов'язано з анатомічними особливостями даних зубів. Найбільш часто згадується додатковий канал — MB2 — канал верхніх тимчасових молярів, частота обговорення якого за результатами досліджень становить до 90%, є однією з основних труднощів ендодонтичного лікування.

Мета: тому метою нашого дослідження стало дослідження поширеності каналів MB2 в тимчасових молярах верхньої щелепи та порівняння отриманих даних з даними, описаними в літературі.

Матеріали та методи: для реалізації поставленої мети на кафедрі стоматології дитячого віку проаналізовано рентгенологічні знімки та КТ 43 перших та 36 других тимчасових молярів верхньої щелепи, лікованих з приводу незворотнього пульпіту, дітей віком 5-8 років (всього 79 зубів).

Результати: встановлено, що тимчасові моляри верхньої щелепи іноді мають два-5 зубів (6%) або чотири кореня (3%), відповідно 2 моляра в нашому дослідженні, але найчастіше (91%) вони є трикореневими (72 зуба). Злиття піднебіного та дистального щічних коренів зустрічається частіше в перших тимчасових молярах верхньої щелепи і значно рідше в других. Верхній перший тимчасовий моляр має від двох до чотирьох каналів. Піднебінний корінь зазвичай більш круглий, він довший за щічні. Наявність двох каналів в медіально-щічному корені першого тимчасового моляра фіксується в 70% випадків (30 зубів). Верхній другий тимчасовий моляр має від двох до п'яти каналів. Канал медіально-щічного кореня в 80% (29 зубів) випадків роздвоюється, або в ньому міститься два окремих канала (10%), відповідно 3 зуба.

За даними літератури, поширеність цієї анатомічної помилки коливається від 67% в перших тимчасових молярах верхньої щелепи, 44% у других молярах до 93,0% і 60,4% відповідно.

Висновки: Пошуку додаткового MB2 каналу в медіально-щічному корені верхніх тимчасових молярів варто приділити особливу увагу, оскільки з цією проблемою зустрічаються всі практикуючі дитячі стоматологи, а «пропущені» канали призводять до негативних наслідків ендодонтичного лікування.

Н.В. Пономаренко, Н.В. Драчук

ЯВИЩА ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ ПІД ЧАС ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕЗНІМНОЮ АПАРАТУРОЮ

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю.В.Філімонов (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: За даними наукових досліджень різних країн світу рівень людей, яким встановлено діагноз гіперестезія зубів досягає в середньому 40-50% загальної кількості населення. Етап визначення рівня підвищеної чутливості зубів та методів її усунення у пацієнтів з незнімною ортодонтичною апаратурою стає невід'ємною складовою ортодонтичного лікування і є недостатньо вивченим.

Мета: Здійснення порівняльної оцінки клінічної ефективності використання професійної зубної пасти з ополіскувачем “Emofluor” та іншої профілактичної пасти для лікування гіперестезії зубів різного ступеня тяжкості у пацієнтів з брекет-системою.

Матеріали та методи: Дослідження було проведено на базі кафедри стоматології дитячого віку ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Під час обстеження 48 пацієнтів з незнімною ортодонтичною апаратурою, віком 12-16 років, була проведена комплексна оцінка чутливості твердих тканин та виявлено явище гіперестезії зубів різного ступеня тяжкості у 66,7% досліджуваних, яких розділили на дві групи. Основна група включала 18 осіб, які використовували зубну пасту з ополіскувачем “Emofluor” протягом місяця. В контрольну групу увійшло 14 людей, які продовжували користуватись звичайною зубною пастою та ополіскувачем. Оцінку чутливості твердих тканин було проведено на початку лікування, через тиждень та через використання.

Результати: На основі результатів визначення індексу інтенсивності гіперестезії зубів, що коливався в межах 16,4% до 59,3%, використовуючи класифікацію Г.Б. Шторіної, у 71,9% хворих було встановлено генералізовану форму чутливості, у 28,1% – локалізовану.

Досліджуючи рівень розповсюдженості гіперестезії зубів, нами також було встановлено ступінь її вираженості. Так, у 25% осіб була виявлена підвищена чутливість зубів на дію лише температурних подразників, тобто I ступінь. Підвищену реакцію на температурні та хімічні подразники, що відповідає II ступеню, мала значна частина досліджуваних – 40,63%. III ступінь чутливості спостерігалась у 34,37% хворих, яка полягала в реакції на температурні, хімічні та тактильні подразники. В процесі дослідження у пацієнтів основної групи з I та II ступенем гіперестезії відзначалась відсутність скарг через тиждень та через місяць після використання зубної пасти з ополіскувачем “Emofluor”. Особи основної групи з III ступенем гіперестезії спостерігали зменшення чутливості зубів на хімічні та механічні подразники через тиждень, однак на протязі місяця після лікування чутливість частково повернулась.

Висновки: Результати клінічної апробації зубної пасти з ополіскувачем “Emofluor” засвідчили досить високу клінічну ефективність її застосування, підтвердили карієостатичну та десенсетайзерну дію. Даний гігієнічний засіб рекомендований для лікування гіперестезії зубів різного ступеня тяжкості у пацієнтів з незнімною ортодонтичною апаратурою. Перспективним в плані подальшого наукового дослідження є можливість порівняння клінічної ефективності застосування зубної пасти з ополіскувачем “Emofluor” та інших десенсетайзерних профілактичних засобів.

Д.Г. Попеску

КОРЕКЦІЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ.

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

О.І. Годованець (д. мед.н., доц.)

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна

Актуальність. Одними з основних чинників ризику розвитку хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) вважають недосконалу гігієну ротової порожнини та розвиток загальних захворювань, але в будь-якому випадку зміни в складі мікрофлори ротової порожнини мають провідну роль. Наразі в Україні розробляються та видаються методичні рекомендації щодо застосування пробіотиків у стоматології, до складу яких входять штами представників нормальної мікрофлори з високими антагоністичними, ферментативними і імуномодулюючими властивостями, здатними пригнічувати ріст патогенних бактерій.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей шляхом застосування пробіотичних препаратів.

Матеріал та методи. Проведено аналіз лікування та динамічне спостереження за дітьми віком 12-ти років, хворих на ХКГ. У групу порівняння входили 14 дітей, котрі отримували лікування загальноприйнятим методом. 16 дітям групи спостереження, окрім загальноприйнятих заходів, проводили корекцію мікробіоценозу ротової порожнини пробіотиком «BioGaia Prodentis». Оцінка ефективності лікування проводилася під час візитів пацієнтів за такими критеріями: огляд ротової порожнини, визначення гігієнічного стану ротової порожнини за індексом гігієни ОІН-S (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), вивчення інтенсивності і поширеності запального процесу в яснах папілярно-маргінально-альвеолярним індексом (РМА) та за пробою Шиллера-Пісарєва, аналіз мікробіоценозу та стану місцевого імунітету ротової рідини за активністю уреаз, лізоциму та рівень sIgA.

Результати дослідження. Середньостатистичні показники індексних оцінок стоматологічного стану обох груп до лікування значимо не відрізнялися. Загалом у дітей, хворих на ХКГ, реєструвалася незадовільна та погана гігієна ротової порожнини. Значення індексу РМА засвідчило, що ХКГ здебільшого був представлений легким ступенем тяжкості (60,0 %), значно менше було середньо-тяжких форм. Середнє значення проби Шиллера-Пісарєва становило близько 4,2 балів, що вказує на помірний процес запалення. Також відмічалася підвищення активності уреаз до 30 %, що свідчить про зростання мікробного обсягу ротової порожнини, і зниження активності лізоциму приблизно в 1,5 рази, що відображає зниження рівня місцевого неспецифічного імунітету.

Після проведення запропонованого нами методу лікування показники індексів ОІН-S, РМА та проби Шиллера-Пісарєва знижувалися, починаючи з 3 доби, досягаючи повної редукції на 5-6 добу лікування. У групі порівняння також спостерігалася поліпшення вище вказаних показників, проте відбувалося воно значно повільніше. Це підтверджують і результати лабораторних досліджень, що вказують на зниження мікробного обсягу та підвищення місцевого неспецифічного імунітету, найбільшою мірою в групі спостереження, у комплексі лікування якої був включений пробіотик «BioGaia Prodentis».

Висновки. Результати дослідження дозволяють говорити про позитивний результат лікування як у групі спостереження, так і в групі порівняння. Але наявність вірогідної відмінності між показниками на всіх етапах спостереження свідчить про суттєву різницю між методами лікування. Таким чином, можна стверджувати про підвищення ефективності лікування ХКГ у дітей при включенні до загальноприйнятого методу пробіотика «BioGaia Prodentis», що пригнічує ріст пародонтопатогенних бактерій.

І.І. Проць, Б.І. Проць

ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ АТРОФІЇ КОМІРКОВОГО ВІДРОСТКА ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА

Кафедра хірургічної стоматології

В.П. Пюрик (д.мед.н., проф.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність теми: проблема втрати об'єму коміркової кістки є однією з актуальних у сучасній стоматології, що робить неможливою не тільки дентальну імплантацію, а й створює великі труднощі для протезування та нормального функціонування щелепно-лицевого комплексу в цілому. Пошук і розробка нових оперативних методик та лікувальних заходів для профілактики патологічної атрофії після оперативних втручань у ділянці коміркових відростків та відновлення параметрів і структури кісткової тканини, що відповідали б вимогам дентальної імплантації, є актуальними.

Мета: вдосконалення методики видалення зуба із використанням кістково-пластичного матеріалу на основі β -три кальцій фосфату для досягнення кінцевого результату оперативних втручань у ділянці коміркового відростка, який задовільнив б подальшу дентальну імплантацію.

Матеріали і методи: нами було проведено обстеження 99 пацієнтів, яким проводилося видалення зубів з приводу хронічних періодонтитів із деструктивними явищами навколо коренів. До 1-ї групи увійшли 49 пацієнтів, яким проведено видалення зубів за традиційною методикою. 2-гу групу склали 50 хворих, яким було проведено видалення зубів за запропонованою методикою, яка полягала в заповненні комірки кістковопластичним матеріалом на основі β -три кальцій фосфату. Ми проводили дослідження за допомогою антропометричного, радіовізіографічного, статистичного методів.

Результати: клініко-рентгенологічний стан коміркового відростка після традиційних методик видалення зубів не відповідає вимогам дентальної імплантації за об'ємом та архітектонікою кісткової тканини. Загоєння кісткових дефектів під кров'яним згустком у 31,3 % ускладнювалося нагноєнням вмісту дефекту, що сповільнювало регенерацію кістки і посилювало атрофію. Встановлена висока ефективність оперативно-лікувальних втручань за розробленою методикою з використанням кістковопластичного матеріалу на основі β -три кальцій фосфату, що забезпечило достатню висоту коміркового відростку для дентальної імплантації.

Висновки: 1) Запропонована нами методика видалення зубів зменшила кількість післяопераційних ускладнень на 18,84%, порівняно з хворими 1 групи.

2) Заповнення лунки видаленого кореня остеопластичним матеріалом на основі β -три кальцій фосфату з метою профілактики атрофії коміркового відростка дає можливість відмовитися від кістковопластичних операцій, які завжди спричиняють додаткові витрати пацієнта.

Т.В. Рак, Н.М. Ісакова

ВПЛИВ ДЕНТАЛЬНОЇ ВКЛАДКИ ПЕРІОЧІП НА ПАРОДОНТОПАТОГЕННІ МІКРООРГАНІЗМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю. В. Філімонов (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Не зважаючи на велику кількість сучасних методів лікування захворювань пародонту, ця проблема є не вирішеною і на сьогоднішній день, про що засвідчує значне поширення та кількість ускладнень запальних процесів пародонта. Пусковим механізмом у розвитку запальних захворювань пародонта є пародонтопатогенні мікроорганізми. За даними клінічних та лабораторних досліджень, вони є стійкими до більшості антибіотиків та антисептиків, тому питання застосування засобів, які б не викликали резистентність та не містили антибіотики є дуже актуальним.

Мета: ідентифікувати пародонтопатогенні мікроорганізми, встановити чутливість до антисептиків, їх клінічну ефективність та провести порівняльну оцінку при комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Матеріали та методи: Дослідження було проведене на 30 хворих на хронічний генералізований пародонтит середнього та важкого ступеню, віком 35-50 років. Вони були розділені на 2 групи: основну та контрольну. Всім пацієнтам було проведене ретельне клінічне та рентгенографічне обстеження стану тканин пародонта з визначенням індексів та глибини кишень. Пацієнтам з основної групи вводили в кишеню ПеріоЧіп, в контрольній – іригації 0,02% декасаном. Для вивчення якісного складу мікробних збудників, проводили посів виділень із кишень. На засіяне середовище поміщали паперові диски, змочені розчинами 0,02% декасану, 0,01% мірамістіну, 0,05% хлоргексидину диглюконату та у центрі чашки - ПеріоЧіп. Вимірювали затримку зростання культури навколо дисків. Стан тканин пародонту визначали на 11 день та через 1 місяць після проведеного курсу лікування.

Результати: В обстежених пацієнтів з патологічних кишень висівали *Peptostreptococcus anaerobius*. Через 48 год отримані наступні результати: стерильна зона навколо дисків з мірамістіном становила 12 мм, з декасаном - 15 мм, з хлоргексидином - 17 мм, навколо ПеріоЧіпа - 29 мм. На 10 добу зони затримки росту навколо дисків з мірамістіном та декасаном не визначались, навколо хлоргексидину становив 6 мм, ПеріоЧіпу - 19 мм. Таким чином, через 10 діб ПеріоЧіп зменшив свою активність на 34,5%. За даними первинного огляду значення РМА в основній групі становило - $84,34 \pm 1,56\%$, в контрольній - $83,98 \pm 0,39\%$, SBI - $2,48 \pm 0,52$ та $2,51 \pm 0,71$ відповідно, глибина патологічних кишень становила $5 \pm 0,6\%$, що було характерно для виражених явищ запалення у тканинах пародонта. Обстеження, проведене через 11 діб, показало незначне покращення даних показників. На 11 добу лікування з патологічних кишень, в які був встановлений ПеріоЧіп, патогенна мікрофлора не висівалась, у пацієнтів з контрольної групи висівались пептострептококи, лактобацили, бактероїди. За місяць клінічних спостережень у пацієнтів показники стану тканин пародонта достовірно покращились.

Висновки: Було встановлено, що ПеріоЧіп володіє вираженими протизапальними та антимікробними властивостями, стимулює обмінні процеси в тканинах пародонта, приводить до зменшення не хірургічним шляхом глибини патологічних кишень на 1,5 мм.

Р.І. Ратушний

ДИНАМІКА ЗАГОЄННЯ МАЛИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РІЗНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ

Кафедра терапевтичної стоматології

М.М. Шінкарук–Диковицька (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на розвиток фармакологічної індустрії та появу нових сучасних місцевих анестетиків та антисептиків, проблема хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту (ХРАС) не втрачає своєї актуальності.

Малі форми ХРАС складають до 90% усіх випадків ХРАС та уражують до 10–15% населення. Рецидиви зустрічаються в середньому 3–6 разів на рік.

Лікування ХРАС не є специфічним і спрямоване на зменшення симптомів (особливо болю), зменшення кількості та розмірів афт, а також продовження періоду ремісії.

Ряд зарубіжних досліджень продемонстрував біостимулюючий ефект низькоінтенсивного лазерного опромінення діодних лазерів у лікуванні ХРАС.

Мета: Оцінити ефективність динаміку загоєння малих форм ХРАС при застосуванні різних схем лікування.

Матеріали та методи: У дослідження було включено 44 пацієнти із малими формами ХРАС. Середній вік у

досліджуваному контингенті складав $49,6 \pm 15,7$ років.

Критеріями виключення із дослідження були наявні вірусні, бактеріальні, грибові інфекції, новоутворення, гематологічні та аутоімунні захворювання.

Пацієнти були випадковим чином розподілені на дві групи. Групу порівняння складала 24 пацієнти, яким лікування проводилося в обсязі стандартної терапії ХРАС із локальним застосуванням антисептиків та анестетиків. Дослідна група включала 20 пацієнтів, яким стандартну терапію доповнювали опроміненням ураженої ділянки низькоінтенсивним лазерним випромінюванням.

Ефективність проведеного лікування визначали за динамікою зменшення площі афтозних дефектів (АД) у проміжок між 1 та 7 добою лікування.

Результати: Показники площі дефектів слизової на 1 добу у дослідній групі становили $42,55 \pm 15,67$ мм², а у групі порівняння – $42,08 \pm 15,02$ мм².

На 7 добу показники площі АД у групі порівняння складала $3,12 \pm 0,61$ мм². Натомість, серед пацієнтів дослідної групи афти були відсутні.

При аналізі відмінностей (критерій Стьюдента) між групами та всередині кожної групи були отримані наступні дані.

Так, як у дослідній групі, так і у групі порівняння відмічалася чітка тенденція до зменшення площі АД із часом, причому в обох групах відмінності були достовірними ($p < 0,05$).

При порівнянні показників площі у групах між собою на 1 добу жодних відмінностей знайдено не було ($p > 0,05$). Це можна пояснити відсутністю суттєвих відмінностей між пацієнтами обох груп та однорідністю вибірок.

Натомість, на 7 добу зареєстровано достовірно менші показники площі АД у дослідній групі, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$).

Аналіз кількості випадків повного загоєння АД у досліджуваному контингенті виявив, що у групі порівняння, хоча й вдалося досягти значного зменшення площі афт у абсолютно всіх випадках, проте із 24 пацієнтів у жодного повного загоєння досягти не вдалося.

Натомість, у дослідній групі повне загоєння мало місце абсолютно у всіх пацієнтів.

Статистична обробка (точний двосторонній критерій Фішера) отриманих даних дозволила встановити достовірну різницю між досліджуваними групами на користь дослідної групи ($p < 0,05$).

Висновки: Низькоінтенсивне лазерне опромінення АД слизової оболонки ротової порожнини дозволяє значною мірою підвищити ефективність лікування малих форм ХРАС, що проявляється прогресивним зменшенням площі АД аж до повного їх зникнення.

В.Ю. Таратунська, Т.В.Федик

ВИКОРИСТАННЯ ОПОЛІСКУВАЧА BIOREPAIRPLUS ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ КАРІЄСРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ В ОСІБ З ВИСОКОЮ ІНТЕНСИВНІСТЮ КАРІЄСУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Т.В. Федик (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Високий рівень інтенсивності та поширеності карієсу серед молодих людей України — одна з актуальних проблем терапевтичної стоматології. Профілактичні обстеження осіб у віці 18-20 років свідчать про значне ураження карієсом, незважаючи на вдосконалення методів лікування та профілактики цього захворювання. Одним з етіологічних чинників карієсу є низький рівень резистентності емалі, зумовлений цілим рядом внутрішніх та зовнішніх факторів.

Мета: Вивчити показники тесту емалевої резистентності (ТЕР) у молодих осіб з високою інтенсивністю карієсу та визначити клінічну ефективність ополіскувача BioRepairPlus «Професійний захист та відновлення» для підвищення карієсрезистентності емалі.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 42 практично здорових студентів ВНМУ віком 18-20 років з високою інтенсивністю карієсу (індекс КПВ становив 7-11). Для визначення показників емалевої резистентності використовували ТЕР-тест (В.Р.Окушко, Л.І.Косарева (1983)). Дослідження та оцінку результатів проводили стандартизовано з використанням кольорової шкали. Обстежених розділили на дві групи по 21 особі: основну та групу контролю. Контингенту основної групи запропоновано крім звичних гігієнічних засобів користуватись ополіскувачем BioRepair з наногідроксиапатитом 2 рази на день протягом одного місяця. Засіб рекомендовано використовувати після процедури чищення зубів протягом 20-30 секунд, годину після полоскання бажано не вживати їжу та напої. Група контролю використовувала свої звичайні засоби гігієни порожнини рота.

Результати та обговорення. Визначення карієсрезистентності в основній та контрольній групах виявило середній ступінь функціональної резистентності 4,6 та 4,4 бала відповідно. Через місяць використання ополіскувача BioRepairPlus показник ТЕР-тесту основної групи становив 2,7бали, що свідчить про значний функціональної резистентності. Результат групи контролю змінився незначно – 4,2 бали. 81,7% (18 чоловік)

обстежуваних основної групи відмітили, що зубний наліт утворюється значно повільніше, зуби стали білішими та зменшилась їх чутливість від хімічних та термічних подразників.

Висновки. Результати дослідження переконливо свідчать про ефективність застосування ополіскувача BioRepairPlus для поліпшення результатів ТЕР-тесту в осіб з високою інтенсивністю каріозного процесу. Вказаний препарат може застосовуватись як профілактичний засіб для підвищення карієсрезистентності емалі та запобігання виникненню карієсу.

А. В.Тодорюк, О. С. Васильчук

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА НАПРУЖЕНЬ ПРИ ЗЛАМІ БАЗИСУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ АПАРАТІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ З САМОТВЕРДЮЮЧОЇ ПЛАСТМАСИ «РЕДОНТ-03» І ТЕРМОПЛАСТИВ МАРКИ «ЛІПОЛ»

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю.В.Філімонов (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Однією з причин поломки стоматологічних протезів є фізико-хімічні та механічні недоліки базисних матеріалів. Основним недоліком пластинчастих протезів та ортодонтичних апаратів виготовлених з поліметилметакрилату є їх недостатня міцність в умовах перемінних динамічних навантажень. Для збільшення механічної міцності базисів запропоновано досить багато методів, починаючи з армування базисів різними матеріалами, нанесення посилюючих покриттів, використовуючи різні способи полімеризації. Проте кількість та причини переломів не усунуті в повній мірі. Необхідність підвищення міцності і збільшення терміну служби базису знімних ортодонтичних апаратів, ортопедичних протезів свідчить про актуальність даної проблеми в стоматології.

Мета: З метою експериментальної перевірки міцності базису ортодонтических апаратів представлено кілька варіантів, базиси виготовлені з самотвердіючої пластмаси «Редонт – 03» і термопластичної маси «Ліпол».

Матеріали та методи: Дослідження було проведено на базі кафедри опору матеріалів і прикладної механіки Вінницького національного технічного університету.

Для дослідження виготовлено базиси ортодонтичних апаратів з самотвердіючої пластмаси «Редонт - 03», товщина дорівнює 2 мм, площею 0,54 см², 1,58 см². Базиси ортодонтичних апаратів з термопластичної маси «Ліпол», товщина дорівнює 2 мм, площа 0,64 см², 0,62 см². Виготовлені зразки апаратів піддавали вертикальному навантаженню на гідравлічному пресі ПММ -125, по схемі. В подальшому, знаючи максимальне навантаження руйнування і вимірюючи за допомогою інструментального мікроскопа ММ1-2 розміри перерізу ламів,

отримали вихідні дані для розрахунку напружень для кожного випробуваного зразка.

Результати: Аналіз результатів розрахунку напружень при зламі базисів ортодонтичних апаратів показав, що апарати виготовлені з самотвердіючої пластмаси «Редонт - 03» руйнуються при еквівалентних напруженнях менших межі міцності при вигині. Сила в момент руйнування становить 144 кг і 160 кг. При навантаженні апаратів з термопластичних матеріалів поломки базису не відбулося, базис був деформований. Деформація, втрата стійкості форми зразків з появою залишкових пластичних деформацій, почалась з навантаження силою 160 кг. та 192 кг. Побудована діаграма.

Висновки: Експериментальним шляхом було встановлено, що базиси ортодонтичних апаратів виготовлених з термопластичного матеріалу марки « Ліпол» руйнації у вигляді переломів базису під дією динамічних навантажень не піддалися, зразок був деформований без втрати цілісності. Базис з самотвердіючої пластмаси «Редонт – 03» при менших силах навантаження був зруйнований у вигляді переломів. На діаграмі $\sigma=f(E)$ перший відрізок де виконується закон Гука, другий прямолінійний відрізок – модуль еластичності.

А.В.Хоменко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ "NBF GINGIVAL GEL" В ЯКОСТІ МІСЦЕВОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Т. О. Тепла (ас.)

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

Актуальність: Захворювання пародонта залишаються важливою медичною та соціальною проблемою у зв'язку з широким поширенням серед населення різних країн світу. Так, за даними ВООЗ запальні захворювання пародонта серед дорослих зустрічаються у 64-98% випадків, а серед дітей – 30-80%. Незважаючи на розробку нових схем та удосконалення традиційних методик лікування захворювань пародонта відмічається зниження вікового порогу початку захворювання, що підтверджує актуальність пошуку альтернативних підходів до лікування патології пародонта у осіб молодого віку. Компанією Nano Cure Tech (Корея) розроблено гель для

місцевого застосування "NBF Gingival Gel" у хворих з патологією пародонта та слизової оболонки порожнини рота. До складу препарату входять вітаміни А і Е та прополіс, який в свою чергу містить ефірні масла, дубильні речовини, рослинні смоли, жирні кислоти і бюфлавоноїди. Прополіс послаблює та зупиняє розвиток запальної реакції організму на антигенне навантаження, посилює імунітет (фагоцитоз, лізоцим).

Мета: Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування природного препарату "NBF Gingival Gel" в якості протизапальної терапії при лікуванні хронічного катарального гінгівіту в осіб молодого віку.

Матеріали і методи: Для реалізації поставленої мети проведено стоматологічне обстеження 12 студентів ІV курсу стоматологічного факультету, які скаржились на біль та кровоточивість ясен. При об'єктивному обстеженні пацієнтів виявлено набряк, застійну гіперемію ясен, кровоточивість при зондуванні ясенної борозни. Індекс інтенсивності кровоточивості ясен обстеженої групи пацієнтів склав $1,42 \pm 0,15$, що відображає хронічний перебіг патологічного процесу в яснах. Рентгенологічних змін кісткової тканини альвеолярних паростків у пародонтологічних пацієнтів не виявлено. Усім обстеженим встановлено діагноз хронічний катаральний гінгівіт. Результати індексу PSR – $1,83 \pm 0,11$, вказували на потребу в видаленні зубних відкладень та проведенні протизапальної терапії. Зняття м'якого зубного нальоту та зубного каменю проводили ультразвуковим методом (автономний скелер Woodpecker UDS-L Led), з послідуочим проведенням професійної чистки абразивною пастою "Depural Neo". Протизапальна терапія передбачала проведення аплікацій на ясна гелю "NBF Gingival Gel" (2 рази на добу по 10-15 хв.). Курс лікування 10 діб.

Результати: Після проведеного лікування усі пацієнти відмічали покращення суб'єктивної симптоматики: зникнення больових відчуттів та кровоточивості ясен. При повторному стоматологічному обстеженні виявлено зміни стану ясен до рівня фізіологічної норми. Індекс інтенсивності кровоточивості ясен знизився до $0,25 \pm 0,13$ ($p < 0,001$), PSR – $0,33 \pm 0,19$ ($p < 0,001$).

Висновки: Таким чином проведене дослідження свідчить про виражений протизапальний вплив препарату "NBF Gingival Gel" на м'які тканини пародонта. Враховуючи вище описане виникає доцільність застосування гелю "NBF Gingival Gel" при комплексному лікуванні хронічного катарального гінгівіту в осіб молодого віку.

В. В. Щерба, Т. В. Чугу

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІДКОТЕКУЧОГО КОМПЗИТУ СВІТЛОВОЇ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ FLOW COLOR (ARKONA, ПОЛЬЩА) ПРИ ЛІКУВАННІ КАРІЕСУ ТИМЧАСОВИХ ТА ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю.В.Філімонов (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Враховуючи різний вік пацієнтів та їхнє сприйняття лікування в цілому, питання вибору матеріалу для пломбування тимчасових та постійних зубів залишається актуальним і на сьогодні.

Мета: Визначити ефективність та доцільність використання фотокомпозитних матеріалів при лікуванні карієсу тимчасових та постійних зубів у дітей.

Матеріали та методи: Дослідження було проведене в групі з 20 пацієнтів, віком від 3 до 8 років, з діагнозом середній та глибокий карієс. Діагноз було встановлено на основі скарг, опитування та об'єктивних методів обстеження. В якості пломбувального матеріалу використовувався рідкотекучий композит світлового затвердіння Flow Color (Arkona, Польща). Даний матеріал характеризується міцністю, швидким часом затвердіння під дією фотополімеризаційної лампи, має широку гаму кольорів (білий, чорний, блакитний, жовтий, зелений, фіолетовий, червоний, рожевий, оранжевий) та широкий спектр можливостей використання в роботі лікаря-стоматолога (герметизація фісур, лікування карієсу молочних та постійних зубів (I-V клас за Блеком), тимчасове шинування рухомих зубів, маркування устя кореневого каналу після ендодонтичного лікування та ін.), містить у своєму складі фтор. Оцінку якості пломбування було проведено одразу після лікування, через 1 та через 3 місяці після пломбування за критеріями: цілісність пломби, крайове прилягання, наявність вторинного карієсу.

Результати: При обстеженні каріозні порожнини було виявлено в 24 молочних зубах. У 22 зубах (91,7 %) було діагностовано хронічний середній карієс, у 2 зубах (8,3 %) – хронічний глибокий карієс. Каріозні порожнини локалізувались на жувальних (66,7 %) та контактних (33,3 %) поверхнях зубів. Перед препаруванням з кожним пацієнтом була проведена коротка бесіда та запропоновано на вибір різні кольори пломбувального матеріалу. Більшість дітей позитивно сприйняли можливість вибрати колір пломби та йшли на контакт з лікарем. Всі порожнини було запломбовано композитом Flow Color, в якості адгезиву було використано адгезивну систему 7 покоління Single Bond Universal (3M ESPE, США). Контрольні обстеження було проведено через 1 та 3 місяці після пломбування. Через 1 місяць після лікування у 100 % випадків цілісність пломб та крайове прилягання були збережені, через 3 місяці крайове прилягання пломб було порушене у 2 % випадків у дітей 3-4 років, що імовірно пов'язане з неможливістю повністю ізолювати порожнину від попадання слини під час пломбування. Зі слів батьків діти почали відповідальніше ставитись до догляду за ротовою порожниною.

Висновки: Наведені дані підтверджують ефективність використання композитів при лікуванні карієсу зубів у дітей. Рідкотекучий композит Flow Color має ряд переваг, порівняно з іншими пломбувальними матеріалами: має хорошу міцність та естетичні якості, широкую палітру кольорів, містить фтор, має короткий час затвердіння, може застосовуватись з адгезивними системами, що самопротравлюються, що дозволяє економити час при постановці пломби.

N.G.Gadzhula, I.J. Al-qaysi

EVALUATION THE EFFECTIVENESS OF A NEW ROOT SEALER FOR TREATMENT THE PATIENTS WITH CHRONIC APICAL PERIODONTITIS

Therapeutic Dentistry Department

N.G. Gadzhula (PhD, assoc. prof.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Background: The success of endodontic treatment is provided by a thorough instrumental and antiseptic treatment of infected root canals with their subsequent filling with pastes based on calcium hydroxide. It prevents microbial contamination and its influence on surrounding tissues, acceleration the processes of apexification and bone regeneration. Effective endodontic treatment is also impossible without quality hermetic obturation of root-canal system for forming of reliable barrier between tooth cavity and periodontal ligament.

Among all modern endodontic sealers a mineral-based root canal sealer BioRoot™ RCS “Septodont” has the above-mentioned features. This material is bioactive by stimulating bone physiological process and mineralization of dentinal structure. It creates a favorable environment for periapical healing and bioactive features including biocompatibility, hydroxyapatite formation, mineralization of dentinal structure, alkaline pH and sealing qualities.

Objective: The study was aimed to evaluate the effectiveness of root canal obturation with BioRoot™ RCS sealer in the treatment of patients with chronic apical periodontitis.

Materials and Methods: Endodontic treatment of 23 teeth in 20 patients with chronic apical periodontitis by method of lateral compaction of gutta-percha was carried out. In the main group root canals were obturated with BioRoot™ RCS, in the control group the canals were filled with Apexit Plus. The percentage of efficient or non-efficient cases was evaluated on the basis of radiographic comparison of treated chronic apical periodontitis immediately after obturation, in three, six months and one year. Radiographic conditions were defined as existing state, improvement and worsening. Dynamics of periapical tissue healing were also controlled by a periapical index PAI.

Results: In a year of dynamic evaluation the final results were: in the main group – 54.55% of the patients had complete bone healing, in 27.27% of cases the focus of bone destruction was decreased by ½ or more of the initial sizes, 18.18% – resorption lesion was decreased by less than ½; in the control group – 33.33% of improvement, 25.0% of existing state and 41.66% of worsening.

Intergroup significant differences of PAI were determined after 6 months of dynamic observation: in the main group – 2.09 ± 0.26 points, in the control group – 2.92 ± 0.31 points ($p < 0.05$). Mean PAI score in the main group was 3.27 ± 0.43 at baseline and decreased up to 1.55 ± 0.35 in 1 year of observation, in the control group it was 3.25 ± 0.39 and 2.75 ± 0.38 , respectively. The decrease in PAI in the main group was up to 1.72, in the control group – up to 0.5 ($p < 0.001$).

Conclusions: BioRoot™ RCS using for root canals obturation in the treatment of chronic apical periodontitis we proved the high effectiveness of the treatment undertaken: complete healing or improvement of radiographic conditions of periapical bone destruction with X-ray signs of bone regeneration. These changes were confirmed by the higher indicators of radiographic dynamics of periapical index in the main group of patients than in the other.

T. Novruzlu, A.Paczevska

QUANTITAVE AND QUALITATIVE CHARACTERISTICS IN ASSESING THE CRYSTALLIZATION OF SALIVA

Department of Pediatric dentistry

Ju.V. Philimonov (Ph.D.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality. Recently a lot of new diagnostic technologies are implemented in all branches of medicine.

Goal. To study the variation in shaping crystalline aggregates of healthy young men aged 15-17 years.

Materials and methods. Drops of the biological liquid were applied on an skim object-plate placed horizontally. Volume of the drop was 10-20 ml. Diameter of the drop on object-plate was 5-7 mm. Average thickness – approximately 1 mm. At a temperature of 20-25 degrees and relative humidity of 65-70% the samples were dried. The dried drop (facies) was examined under the microscope and photographed.

Results. As the results of quantitative research we can identify the following types of oral fluid system: 1 type - facies that cover an area of salt crystals up to 70-75%, 2 type - facies that cover an area of salt crystals up to 20-70%, 3 type-facies that cover an area of salt crystals up to 20 %.

As a result of microscopy we have identified 3 groups of saliva structuring: group 1-in the central (salt area) of the drug

there is indicated the only structure of crystals dendritic processes, which tend to merge with themselves. Peripheral zone is wide and free of crystal. Crystallization starts in the transition zone; group 2- in the central area of the salt drug there are isolated single cruciform crystals with less fewer dendritic processes. Peripheral zone is narrowed, has radial cracks and multidirectional shallow cracks. The process of crystallization starts in the protein area (extended transition zone); group 3-in the central zone of salt drug there are a lot of amorphous structures, single chips of crystals and dendritic formations. Peripheral (protein) zone is narrow, look like a strip with many randomly distributed fissures and crystal-like formations. Dried drop of saliva of healthy young men of 15-18 years is characterized: a clear picture of large crystalline structures which go from the center of a drop and merge forming so-called horsetails or ferns.

Quantitative indicators of morphological characteristics of crystalline aggregates of mixed saliva:

1. The length of the crystal to the point of branching, 0,1mm
2. The angle of branching, 90°
3. The number of generations of branches of the 1st, 2nd, and others. orders, 3 un
4. Crystal width, 0,03 mm
5. Asymmetry of branching +
6. Crystal length , 0,5 mm
7. Number of microbranches on the length of the crystal, 4 un

Quality indicators: Uneven thickness of one figure. Asymmetry of branches, availability of symmetric and asymmetric processes, there is or there isn't. The rods without branching with long microprocesses. Asymmetry, there is or there isn't. Curvature of the main rod of the crystal. Crystals with blurred contours. Changes of deforming and destructive character - split limbs of a crystal. The stem without branches, with microprocesses. Cross-shaped crystals.

Conclusions. Crystallographic methods can serve as a sensitive indicator of the functional state not only of the oral cavity and the whole organism in general.

ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ



PHARMACY AND PHARMACOLOGY

N. Efraim, O. Nechas
OPENING A PHARMACY IN NAMIBIA COMPARED TO UKRAINE

Department of Pharmacy
A. S. Voronkina (as.), G. I. Kramar (as.)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: Today we could hardly find a person who does not use the services of pharmacies. Opening of drugstores is a very important in general medicine practice everywhere in the world. In Ukraine for today we have about 1 drugstore for 1851 people. Number of pharmaceutical companies in Namibia is much less: about 1 pharmaceutical company for 21 thousand people. If it will be more drugstores it will be better for social medicine care.

Goal: To compare methods of opening of drugstores in two different countries using normative documents.

Materials and Methods: Decrees of the Ministry of health and social services of Namibia, decrees of the Ministry of Healthcare of Ukraine.

Results: Anyone wishing to open community pharmacy in Namibia should hold qualification a bachelors' degree pharmacy (internationally recognized and accredited). This is same in both of countries, but in Namibia you must have at least three years of practice like a pharmacist after internship, opposite only one year of internship in Ukraine. For opening of pharmacy in Namibia you should own or hold a lease agreement to suitable premises which should be not less than 100 square meters in which the pharmacy is to be located. In Ukraine area must be at least 50 square meters for city, 40 for urban village and 30 for village. In Namibia you must make a lot of document and register your drugstore in a lot of Departments and also an application to open a pharmacy should then be made with the pharmacy council of Namibia. This stage is almost the same for both countries, but after Ministry of health and social services has inspected the premises to make sure all rules and regulations have been adhered to and the license obtained, an application is then done with the Namibia association of medical aid funds in order for the pharmacy to be able to use the available medical aid funds in Namibia and to obtain a practice number for the particular premises. After all of this in Namibia you must apply for a Psemas (public servants medical aid service) contract which is the largest and most important medical aid fund in the country.

Conclusions: Comparing to Ukraine the process of pharmacy opening is more hard and long in Namibia, because of necessity of work with a lot of documents and Departments: in Namibia it is more directed for social medicinal care of the country because of Psemas (public servants medical aid service). The advantage is that Namibia's Government helps you to open new pharmacy by giving you low interest credits. But if you want to do this you must have at least one hundred thousand dollars for a city drugstores.

Н.Я. Асадуллаєва, О.В. Кудіна
**ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕТОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ ХОФІТОЛУ НА МОДЕЛІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ
ДИСФУНКЦІЇ У ЩУРІВ, ВИКЛИКАНОЇ ГЕМОРЕОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.**

Кафедра фармакології
О.В. Кудіна (к. фарм. н., доц.)
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність. Плацентарна дисфункція є однією з головних причин синдрому затримки розвитку плоду, який призводить до високих перинатальних втрат, ускладнює до 6% вагітностей та має тенденцію до зростання. Недостатня кількість лікарських засобів для лікування цієї патології обумовлює необхідність пошуку нових високоєфективних і нешкідливих препаратів – фетопротекторів.

Одним із перспективних напрямків є вивчення лікарських засобів, отриманих з листя артишоку польового, які останніми роками стали використовувати для корекції різних порушень патологій вагітності. Широкий спектр фармакологічних ефектів препаратів з листя артишоку польового дозволяє припустити наявність у них фетопротекторної дії.

Метою даної роботи було вивчення фетопротекторних властивостей препарату з листя артишоку польового (хофітолу) на моделі плацентарної дисфункції, викликаній гемореологічними порушеннями.

Матеріали та методи. Плацентарну дисфункцію викликали підшкірним введенням серотоніну гідрохлориду (СГх) вагітним самкам щурів у дозі 2,5 мг/кг з 13-го по 17-й день гестації. Досліджуваний препарат хофітол вводили у лікувально-профілактичному режимі внутрішньошлунково у дозі 50 мг/кг з 11-го по 19-й день гестації. Препарат порівняння солкосеріл вводили внутрішньовенно у дозі 0,56 мл/кг за аналогічною схемою. Фетопротекторну дію препаратів оцінювали за наступними показниками: кількість життєздатних плодів, показник післяімплантаційної загибелі плодів, маса плоду та плаценти, краніо-каудальний розмір плоду (ККР), морфологічними маркерами плацентарної дисфункції.

Результати. Під впливом СГх відбувалось збільшення показника післяімплантаційної загибелі плодів у 9,8 рази, зменшення кількості життєздатних плодів на 62%, зниження їх маси та ККР на 14,2 % та 10,4 % відповідно, по відношенню до показників плодів інтактних щурів, а також зниження маси плаценти на 10,9%, що свідчить про виражену плацентарну дисфункцію. Застосування хофітолу знижувало у 6,6 рази показник післяімплантаційної

загибелі, вірогідно збільшувало у 2,5 рази кількість життєздатних плодів, нормалізувало біометричні показники плодів (маса та ККР), що є свідченням позитивний впливу препарату на ембріо- і фетогенез. Крім того, досліджуваний препарат покращував функціонально-морфологічний стан плаценти. За фетопротекторною дією хофітол не поступався солкосерілу та мав перевагу перед ним відносно показників, які характеризують післяімплантаційну загибель та життєздатність плодів.

Висновки. Встановлена виражена фетопротекторна дія хофітолу на моделі плацентарної дисфункції, викликаній гемореологічними порушеннями. За виразністю фетопротекторної дії хофітол перевищує референс-препарат солкосеріл.

О.С. Балюк

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАЛІЗОХЕЛАТУЮЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МЕКСИДОЛУ

Кафедра експериментальної та клінічної фармакології
О.М. Важнича (д.м.н., проф.)
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
м. Полтава, Україна

Актуальність: Етилметилгідроксипіридину сукцинат відомий як препарат мексидол та його генерики. Завдяки нейротропним та антигіпоксантичним властивостям він широко застосовується в неврології та кардіології. Механізм дії мексидолу пов'язаний з антиоксидантною активністю. Дані літератури дозволили припустити, що ця активність може бути зумовлена здатністю мексидолу зв'язувати та елімінувати залізо (Fe). Необхідність перевірки даної гіпотези визначається як подальшим поглибленням уявлень про фармакодинаміку препарату, так і потребою пошуку нових хелаторів заліза для лікування перевантаження організму Fe при гемохроматозі, бета-таласемії, частих переливаннях еритроцитарної маси.

Мета: Метою роботи стало експериментальне дослідження взаємодії мексидолу з Fe *in vitro* та його впливу на вміст цього елемента в організмі лабораторних тварин при гострому перевантаженні Fe.

Матеріали і методи: Субстанцію мексидолу розчиняли в 1% розчині хлориду Fe (III) у мольному співвідношенні 2:1. Одержаний продукт реакції досліджували на розчинність і температуру плавлення, піддавали елементному та рентгенфазовому аналізу з ідентифікацією у базі даних PDF-2. У ході експерименту на тваринах білим щурам одноразово інтрагастрально вводили хлорид Fe (III) у дозі 2000 мг/кг. Мексидол вводили тваринам через 10 хвилин після введення розчину солі Fe одночасно інтрагастрально (1250 мг/кг) та інтраперитонеально (100 мг/кг). Препарат порівняння десферал застосовували аналогічно (250 мг/кг і 80 мг/кг). Через 5 днів у сироватці крові, печінці й селезінці визначали вміст Fe методом атомно-емісійної спектроскопії з індуктивно-зв'язаною плазмою.

Результати: Показано, що в реакції етилметилгідроксипіридину сукцинату з іонами Fe³⁺ утворюється стійкий забарвлений комплекс з великою молекулярною масою і багатокомпонентним органо-неорганічним складом, який не розчиняється у воді, має температуру плавлення, відмінну від такої у вихідних речовин, і не ідентифікується серед відомих сполук. У дослідах на білих щурах встановлено, що контрольна патологія у вигляді гострого перевантаження Fe характеризується збільшенням його вмісту в сироватці крові в 3,4 разу, у печінці та селезінці – в 1,4-1,5 разу порівняно з контролем. Застосування мексидолу викликає зниження концентрації Fe у сироватці крові в 3 рази, у селезінці – в 1,5 разу в порівнянні з контрольною патологією. У печінці має місце тенденція до зниження концентрації цього елемента. При використанні десфералу вміст Fe у сироватці крові знижується в 2,9 разу в порівнянні з патологічним фоном. У печінці даний показник зменшується в 1,7 разу, а в селезінці – істотно не змінюється.

Висновки: Отже, мексидол (етилметилгідроксипіридину сукцинат) здатний безпосередньо взаємодіяти з іонами Fe³⁺, елімінуючи їх з реакційного середовища. При гострому перевантаженні організму Fe мексидол зменшує вміст даного елемента в сироватці крові та «навантажувальних» органах, що за виразністю в сироватці крові не поступається дії відомого хелатора Fe десфералу.

Я.В. Вороновський, О.О. Білик

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МОДУЛЯТОРІВ HCN КАНАЛІВ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра фармакології
Н.І. Волощук (д.мед.н., проф.) О.В. Ходаківська (к.фарм.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Модулятори HCN каналів – група лікарських засобів, що здатні регулювати активність HCN (hyperpolarization-activated cyclic nucleotide gated channels) каналів, котрі, генеруючи I_h струм (I_f в серці), у свою чергу відіграють ключову роль в регуляції ритмічної активності пейсмейкерних клітин, нейрональної збудливості, синаптичної нейротрансмісії та в установці мембранного потенціалу спокою та процесах навчання.

Мета: Систематизувати існуючі наукові дані щодо застосування лікарських засобів, в механізмі дії яких лежить здатність модулювати роботу HCN каналів.

Матеріали та методи: Було проведено аналіз закордонних та вітчизняних наукових джерел з даної тематики.

Результати: Зараз відомо 4 ізоформи HCN каналів з переважною їх локалізацією в серці та головному мозку. Першою клінічно затвердженою сполукою, що інгібує HCN канали став Івабрадин. Блокуючи HCN4, які представлені в синусовому вузлі та відіграють ключову роль у генерації пейсмейкерного потенціалу (I_f струм), Івабрадин здатний знижувати ЧСС, тим самим покращуючи прогноз і полегшуючи симптоми в пацієнтів із серцевою недостатністю та ІХС. Він не впливає на артеріальний тиск, атріовентрикулярну провідність та шкортливість серця і рекомендований пацієнтам з непереносимістю β -адреноблокаторів або протипоказами до їх застосування. Похідні α_2 -адреноміметика Клонідину також впливають на HCN4, проте системна дія на α -адреноцептори не дозволяє використовувати дані засоби в якості брадикардитичних агентів. Все більше досліджень вказують на роль HCN1 та HCN2 у механізмах сприйняття болю й особливо у розвитку периферичного нейропатичного болю. Інгаляційні (Галотан, Ізофлуран) та внутрішньовенні (Пропофол, Кетамін) наркозні засоби, а також місцеві анестетики (Лідокаїн) проявляють свою фармакологічну дію в тому числі й за рахунок інгібування I_h струму в HCN каналах. Знеболюючий ефект агоністів опіоїдних рецепторів (Трамадол, Лоперамід) також може бути пов'язаний з пригнічення активності даних каналів. Існують відомості про роль HCN каналів у розвитку різних типів ідіопатичних та набутих епілепсій. Ймовірно, антиконвульсантна дія Ламотриджина та Габапентина забезпечується не лише блокуванням потенціал-залежних натрієвих і кальцієвих каналів відповідно, а й завдяки стимулюючому впливу на активність HCN каналів.

Висновки: Успішне застосування в клінічній практиці модуляторів HCN каналів на прикладі Івабрадину доводить перспективність використання лікарських засобів даної групи у лікуванні низки захворювань. Проте задля широкого впровадження засобів даної групи, необхідна розробка препаратів другого покоління з покращеними властивостями, а саме таких, які би володіли більшою селективністю стосовно конкретних ізоформ каналів, вищою тропністю до певних тканин, діяли бзі сторони позаклітинного простору та в менших терапевтичних концентраціях.

Я.В.Вороновський, І.І.Савчук

ВПЛИВ МОДУЛЯТОРІВ ОБМІНУ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ЩУРІВ

Кафедра фармакології

Н.І.Волощук (д. мед. н., проф.) А.В.Мельник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Гідроген сульфід (H_2S), є газотрансміттером, сигнальною молекулою, що відіграє значну роль у регуляції функції нирок та розвитку ниркової патології. Основними джерелами ендogenous H_2S є L-цистеїн, D-цистеїн та L-гомоцистеїн, що метаболізуються за допомогою ферментів цистатіонін- γ -ліази (ЦГЛ), цистатіонін- β -синатази, цистеїнамінотрансферази (ЦАТ) та 3-меркаптопіруватсульфуртрансферази (3-МСТ). Окрім вазодилатуючих, антиоксидантних та цитопротективних ефектів, гідроген сульфід впливає на екскреторну функцію нирок, виділення реніну, приймає участь у розвитку гострої ниркової недостатності, діабетичної та гіпертензивної нефропатії.

Мета. Оцінити вплив донору гідроген сульфїду та інгібітору його синтезу на функціональні та біохімічні показники стану нирок щурів з експериментальною гострою нирковою недостатністю.

Матеріали і методи. Досліди виконані на 70 самцях щурів лінії Вістар масою 220-280 г. Гостру міоглобінуричну ниркову недостатність викликали одноразовим в/м введенням 50% розчину гліцеролу (10 мл/кг); гостру гентаміцинову ниркову недостатність моделювали в/м введенням гентаміцину (80 мг/кг) протягом 6 днів. Дефіцит та надлишок H_2S в організмі створювали 5-ти денним в/оч введенням пропаргілгліцину (ППГ) (10 мг/кг) та натрію гідрогенсульфїду (3 мг/кг). Для оцінки функціонального стану нирок визначали рівні протеїнурії, ензимурії, показники азотистого балансу та швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). В гомогенатах нирок оцінювали показники оксидантно-антиоксидантної рівноваги, а також вміст H_2S та активність ЦГЛ. Отримані результати обробляли стандартними методами біометрії.

Результати: Встановлено, що введення гентаміцину та гліцеролу супроводжується розвитком фільтраційної недостатності (ШКФ зменшувалась в 3,0-3,5 рази), азотемії (вміст креатиніну та сечовини в сироватці крові зростали в 4,5-5 разів), ураженням каналцевого апарату (активність ГГТП в сечі зростала в 2,5-3,0 рази, а вміст білка - в 2,4-3,3 рази). Поряд з цим в нирках розвивається оксидативний стрес (активність НАДФН-оксидази зростає в 1,6 разів, активність супероксиддисмутази зменшується в 1,4 рази), збільшується активність процесів пероксидації ліпідів та протеїнів (рівень карбонільних груп білків та малонового діальдегіду в крові зростає в 1,5-2 рази), збільшується рівень H_2S (на 35-40%) на тлі зростання активності ЦГЛ (на 30-35%). 5-ти денне введення NaHS збільшувало рівень H_2S в нирках, що супражено з поглибленням індукованих гліцеролом та гентаміцином пошкоджень тубуло-гломерулярного апарату нирок. Натомість, введення ППГ зменшувало

продукцію H_2S в нирках, що асоціювалось зі зменшенням проявів ниркової недостатності та тубулотоксичності на тлі експериментальної гострої ниркової недостатності.

Висновки: Отримані дані є важливим доказом необхідності подальших досліджень ролі гідроген сульфід у патофізіології нирок, що створить передумови для більш ефективного лікування та профілактики цих станів шляхом цілеспрямованого впливу на систему H_2S в нирках.

Ф. В. Гладких¹, І. С. Човган¹, В. О. Студент², С. Д. Полозов⁴, Б. Є. Юркевич⁵

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ІБУПРОФЕНОМ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЮ З ВІНБОРОНОМ ЗА ПОКАЗНИКАМИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Кафедра фармакології

Н. Г. Степанюк (д. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

¹Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги

Комунальне підприємство «Козятинська центральна районна лікарня Козятинської районної ради Вінницької області»

м. Козятин, Вінницька обл., Україна

²Кафедра нормальної фізіології

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

м. Львів, Україна

³Кафедра фармакології

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

⁴Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України»

м. Харків, Україна

⁵Відділення анестезіології і та інтенсивної терапії

Івано-Франківський обласний онкологічний диспансер

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Ревматичні захворювання розглядаються у всьому світі як одна з найбільш розповсюджених патологій та як одна з найбільш значущих медичних та соціально-економічних проблем сучасного суспільства. За даними Nanjundiah S.M. та співав. (2013 р.) процес запалення може спричиняти пошкодження кісткової тканини, що обумовлено спільними імунними медіаторами (система «RANK-RANKL-OPG-цитокине»).

Мета: охарактеризувати за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії та біохімічними маркерами резорбції кісткової тканини вплив монотерапії ібупрофеном та його комбінованого застосування з вінбороном на морфофункціональний стан кістково-суглобової системи задніх кінцівок щурів з ад'ювантним артритом (AA).

Матеріали та методи. Дослідження проведено на 28 статевозрілих нелінійних щурах-самцях з масою тіла 180-220 г., розбитих на 4 групи: I – інтактні щури (n=7), II – щури зі змодельованим AA (n=7) без лікування (контроль), III – щури з AA (n=7), ліковані ібупрофеном (218 мг/кг, внутрішньошлунково (в/ш)), IV – щури з AA (n=7) ліковані ібупрофеном в/ш (218 мг/кг) в комбінації з вінбороном (11 мг/кг, в/ш). AA моделювали шляхом субплантарного введенням повного ад'юванту Фрейнда (100 мкл/щура). Щільність кісткових структур визначали в режимі «Profile» за шкалою Hounsfield N.D. від -1023 до +3000 одиниць (HU). Рівень остеопротегерину (OPG, пг/мл) визначали методом імуно-ферментного аналізу за допомогою тест-системи «eBioscience» (Австрія).

Результати та їх обговорення. Так розвиток AA у щурів на 28 добу експерименту супроводжувався статистично вірогідним ($p < 0,05$) зниженням щільності кісткової тканини (ЩКТ) проксимального епіфізу II плеснової кістки на 22,4 % та зниження аналогічного показника дистального епіфізу першої фаланги II пальця стопи на 16,6 % відносно показників інтактних тварин. Виявлені зміни узгоджувались із зниженням рівня OPG ($p < 0,05$) у щурів з AA. На тлі монотерапії ібупрофеном ЩКТ дистального епіфізу II плеснової кістки збільшилась на 15,5 %, а проксимального епіфізу першої фаланги II пальця стопи – зросла на 4,8 % і становив відповідно $1237,6 \pm 120,3$ (95% довірчий інтервал (95% ДІ): 1001,8-1473,4) HU та $1056,0 \pm 74,9$ (95% ДІ: 909,3-1202,7) HU відповідно. Комбіноване застосування ібупрофену та вінборону призвело до збільшення ЩКТ проксимального епіфізу II плеснової кістки збільшилась на 22,9%, а дистального епіфізу першої фаланги II пальця стопи – на 19,4 % відносно показників тварин з AA без лікування і становила відповідно $1521,1 \pm 91,2$ (95% ДІ: 1342,5-1699,8) HU та $1260,9 \pm 81,1$ (95% ДІ: 1101,9-1419,8) HU. Крім того нами встановлено, що на тлі комбінованого застосування ібупрофену та вінборону у щурів з AA рівень OPG практично співставлявся з показниками інтактних тварин.

Висновки. Виявлені нами зміни вказують на більш виразну спроможність ібупрофену та вінборону при їх

комбінованому застосуванні пригнічувати розвиток остеопенічного синдрому порівняно з монотерапією ібупрофеном на моделі ад'ювантного артриту у щурів.

Ф. В. Гладких¹, О. В. Басараб², І. С. Човган², І. І. Барановська², В. О. Тірон².

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ТАБЛИЦЬ MICROSOFT EXCEL ФАЙЛОВОГО ХОСТИНГУ GOOGLE DRIVE В РЕАЛІЗАЦІЇ НАГЛЯДУ ЗА БЕЗПЕКОЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЇХ МЕДИЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ВПРОДОВЖ 2016 РОКУ

Кафедра фармакології

Н. Г. Степанюк (д. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

¹Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги

Комунальне підприємство «Козятинська центральна районна лікарня Козятинської районної ради Вінницької області»

м. Козятин, Вінницька обл., Україна

Актуальність. Як відомо, в Україні фармаконагляд (ФН) здійснюється з 1996 р., що врегульовано Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 р. № 898 (зі змінами), який затвердив Порядок здійснення нагляду за побічними реакціями (ПР) лікарських засобів (ЛЗ), дозволених до медичного застосування. Ключовим критерієм ефективності роботи системи ФН є кількість отриманих повідомлень (форма 137/о) про випадки ПР ЛЗ. Так, за даними Державного експертного центру у 2008 р. їх було 6949, у 2009 р. – 7242, у 2010 р. – 7347, у 2011 р. – 8918, у 2012 р. – 11 674, у 2013 р. – 16 638, а у 2014 р. – 14 552. 2015 р. – 17 483. Динаміка кількості отриманих КП лікарями Вінницької області відповідає загальнодержавній тенденції: у 2012 р. надійшло 785 КП, у 2013 р. – 1160, у 2014 р. – 1217, у 2015 р. – 1460. Впродовж 2016 року (станом на 31.12.16) у Вінницькій області було зареєстровано 2389 випадків ПР або відсутності ефективності (ВЕ) ЛЗ при їх медичному застосуванні, що на 63,6% перевищувало показники 2015 року (http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2014_1-2_7). Щорічне зростання кількості КП які надходять від закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Вінницької області вказує на необхідність гармонізації їх обліку вже на регіональному рівні.

Метою дослідження було охарактеризувати результативність використання електронних таблиць Microsoft Excel файлового хостингу Google Drive в реалізації нагляду за безпекою ЛЗ при їх медичному застосуванні у Вінницькій області впродовж 2016 року.

Матеріали та методи дослідження. Для реалізації поставленої мети нами була вперше створено на базі платформи Google Drive та впроваджено в здійснення обліку та аналізу КП електронну online таблицю Microsoft Excel «Фармаконагляд-2016», яка стала предметом дослідження. Об'єктом дослідження були 2389 КП про ПР/ВЕ ЛЗ, що надійшли до Вінницького обласного медико-статистичного інформаційно-аналітичного центру від лікарів обласних, міських та районних ЗОЗ регіону протягом 2016 р.

Результати дослідження та їх обговорення. Online Excel «Фармаконагляд-2016» являє собою файл на Google Drive з можливістю її заповнення в режимі реального часу встановленою кількістю дописувачів, які попередньо отримали посилання на зазначений документ. Застосування функції «COUNTIF» (СЧЁТЕСЛИ) дозволило створити систему аналізу масиву даних Online Excel таблиці «Фармаконагляд-2016». Функція «SUM» (СУММ) та AVERAGE (СРЗНАЧ) забезпечила дворівневу перевірку повноти введення даних за кожним критерієм аналізу в абсолютних та відносних показниках. Застосування функції «COUNTIFS» (СЧЁТЕСЛИМН) дозволило провести автоматичний підрахунок кількості КП за декількома критеріями обліку.

Висновки. Доведено ефективність використання електронних таблиць Microsoft Excel файлового хостингу Google Drive в реалізацію нагляду за безпекою ЛЗ при їх медичному застосуванні у Вінницькій області впродовж 2016 року.

И.В. Гуйван, Д.Н. Гардашова

ПЕРФТОРАН КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ

Кафедра клинической фармакологии

Л.Р. Бобронникова (д.мед.н, проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность. При возникновении чрезвычайной ситуации с большим количеством пострадавшим или при экстренных оперативных вмешательствах остро возникает вопрос о немедленном введении пациентам кровозаменителей. Банк донорской крови не всегда может предоставить необходимое количество или определенный вид заготовленного донорского материала. Поэтому в последние годы ставится вопрос об использовании синтетических газотранспортных кровезаменителей. На сегодняшний день препарат перфторан остается пока единственным в мире искусственным газотранспортным кровезаменителем, допущенным к клиническому использованию.

Целью данной работы является анализ литературных данных об использовании в качестве препарата выбора

при екстренних ситуаціях перфторана як штучного газотранспортного кровезамінителя. Перфторан представляє собою емульсію перфторуглеродів стабілізовану поверхньо-активним речовиною проксанолом. Перфторан застосовується як протипошковоє і противоішемічне засіб, має газотранспортні, реологічні, гемодинамічні, мембраностабілізуючі, кардіопротекторні і сорбційні властивості. Перфторан рекомендується застосовувати як кровезамінитель при гострій і хронічній гіповолемії (травматичній, геморагічній, опіковій і інфекційно-токсичній шоків, черепно-мозговій травмі, операційній і післяопераційній гіповолемії); порушеннях мікроциркуляції і периферичного кровообігу; для противоішемічної захисти донорських органів.

Результати. З моменту появи перфторана на фармацевтичному ринку України в 1999 р. розширюється мережа медичних закладів, які почали застосовувати цей препарат на практиці, але через високу ціну препарату, його застосування в Україні не так поширене, незважаючи на переваги препарату порівняно з донорським матеріалом. В 2006 р. було проведено перше рандомізоване дослідження по застосуванню перфторана при доопераційній нормоволемічній гемоділюції при хірургічній пластичній операції клапанів серця в Hospital Centro Medico La Raza (Мехіко, Мексика). Отримані дані свідчать про суттєвий органопротективний ефект перфторана. Показано суттєве зменшення витрати компонентів крові і тим самим зменшено донорський вплив на організм пацієнта і ризик небажаних ефектів трансфузії. Також зменшено потребу клініки в компонентах крові.

Висновки. Таким чином, перфторан є одним з найбільш ефективних гемотрансфузійних альтернатив. Застосовуючи цю методику, вдасться забезпечити максимальну економію власної крові хворого, реалізувати необхідні швидкості біологічних реакцій шляхом оптимізації кислородотранспортної і газорозподільної функцій аутокрові хворого, знизити потребу в переливанні крові, зменшити кількість періопераційних ускладнень. Єдиним суттєвим недоліком цього препарату є його цінова політика.

А.О. Дачій, А.В. Гудзенко
МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СКЛАД
ЮККИ АЛОЄЛИСТНОЇ (YUCCA ALOIFOLIA L.)

Кафедра фармації
А.В. Гудзенко (д.фарм.н.)
Київський міжнародний університет
м. Київ, Україна

Актуальність. Макроелементи – це хімічні елементи, що наявні в рослині у високих концентраціях. До макроелементів належать: кальцій, калій, натрій, сірка, фосфор, магній, хлор. Вони входять в більш складні молекули, які є "будівельним матеріалом" для тканин і органів рослини.

Мікроелементами називається велика група мінеральних речовин, які мають високу біологічну активність та містяться в продуктах харчування, питній воді і в рослинах в малих кількостях. Однак біологічна роль мікроелементів велика: всі рослини для побудови ферментних систем – біокатализаторів потребують мікроелементів і мають досить специфічну дію. Нестача або надлишок мікроелементів шкідливий для рослин.

Метою дослідження є вивчення якісного складу та кількісного вмісту мікро- та макроелементів деревовидної вічнозеленої рослини Юкки алоєлистной (Yucca aloifolia L.), родини спаржеві (Asparagaceae).

Матеріали та методи. Об'єктом вивчення обрано листя деревовидної вічнозеленої рослини Юкки алоєлистной. Сировина листя була заготовлена в лютому 2017 року в Київській області (м. Ірпін) в період цвітіння рослини. Висушування сировини проводилося при температурі 25 °С, повітряно-тіньовим методом.

Дослідження якісного складу та кількісного вмісту макро- та мікроелементів проводили з використанням методу рентгено-флуоресцентного аналізу.

Результати. В результаті проведення досліджень було знайдено, що найбільший вміст в сировині деревовидної вічнозеленої рослини Юкки алоєлистной (Yucca aloifolia L.) мають наступні елементи - калій, кальцій та сірка. Менша концентрація характерна для хлору, заліза, цинку, марганцю, рубідію, міді, броду та нікелю.

Кількісний вміст мікро- та макроелементів у досліджуваній рослині можна представити у вигляді ряду: $K > Ca > S > Cl > Fe > Zn > Mn > Rb > Cu > Br > Ni$.

Сумарний вміст мікро- та макроелементів становить 18904,55 мкг/г.

Згідно наведених даних спостерігається, що у досліджуваній рослині в найбільшій кількості виявлено такий макроелемент як калій, концентрація якого становить 9766,4 мкг/г, що сягає 51,7% загального вмісту мікро- та макроелементів.

В меншій кількості виявлено кальцій (5580,17 мкг/г) та сірку (3239,59 мкг/г), які в свою чергу у відсотковому співвідношенні складають 29,5% та 17,1% відповідно.

Висновки: Проведено вивчення мікро- та макроелементного вмісту сировини Юкки алоєлистной (Yucca aloifolia L.) з використанням рентгенофлуоресцентного аналізу.

У досліджуваній рослині виявлено 3 макроелементи та 8 мікроелементів. Сумарний вміст мінеральних компонентів у сировині становить - 18904,55 мкг/г. Найбільший вміст характерний для калію – 9766,4 мкг/г, кальцію - 5580,17 мкг/г та сірки – 3239,59 мкг/г

Р.Д. Дейко, О.О. Колобов
ПСИХОТРОПНІ ВЛАСТИВОСТІ НОВИХ ЦИКЛІЧНИХ ДИПЕПТИДІВ

Кафедра фармакології
Лабораторія хімії пептидів
С.Ю. Штриголь (д.мед.н., проф.)
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна
НДІ Особливо чистих біопрепаратів
м. Санкт-Петербург, Росія

Актуальність. Перспективним напрямком удосконалення терапії органічних уражень ЦНС є використання пептидергічних нейропротекторів. У НДІ Особливо чистих біопрепаратів (м. Санкт-Петербург) створено низку циклічних дикетопіперазинів (дипептидів): cyclo(Pro-Ala), cyclo(Pro-Gly), cyclo(Phe-Gln), cyclo(Phe-Asn), cyclo(Tyr-Arg), лабораторні шифри яких, відповідно, ДКР-9, ДКР-40, ДКР-41, ДКР-42, КРР(с). За експериментальних умов вони виявляють захисні властивості при церебральній ішемії та гіпоксії у діапазоні доз від 0,02 до 1 мг/кг при і/н або в/о введенні. Оскільки важливим компонентом фармакодинаміки нових нейропротекторних засобів є психотропні властивості, метою дослідження стало з'ясування впливу нових дипептидів на психічні функції тварин.

Матеріали та методи. Для дослідження поведінки тварин у відкритому полі (ВП), піднесеному хрестоподібному лабіринті (ПХЛ), іммобілізаційному тесті Порсолта (ІТП) та часу плавання з навантаженням (10% від маси тіла) використано 48 білих рандомбредних мишей масою 18-23 г, розподілених на 6 груп по 8 тварин: інтактний контроль (ІК), ДКР-9, ДКР-40, ДКР-41, ДКР-42, КРР(с). Для тесту екстраполяційного вивільнення (ЕВ) – 36 білих шурів-самців, розподілених на 6 аналогічних груп по 6 тварин. Дипептиди вводили і/н у дозі 0,1 мг/кг за 25-30 хв до проведення тесту.

Результати. Встановлено (тест ВП), що дипептиди ДКР-9, ДКР-40 та ДКР-42 зменшують прояви емоційних реакцій мишей, що характеризує їх активність як седативну. Ноотропні властивості притаманні ДКР-9 та ДКР-40, на тлі яких зменшується час ЕВ мишей на 61,7% та 55,5% відповідно ($p < 0,05$ проти ІК). За даними літератури, вміст обох цих пептидів у ГМ позитивно корелює з виразністю когнітивних функцій тварин, що дозволяє розглядати їх як ендogenous ноотропні речовини. Це деякою мірою пояснює їх здатність прискорювати час прийняття рішення щодо вивільнення з небезпечної ситуації, визначену за тестом ЕВ. За результатами тестів ПХЛ та ІТП встановлено, що жоден із досліджуваних препаратів не впливає ані на депресивну, ані на тривожну поведінку мишей. У тесті плавання з навантаженням жоден із пептидів, окрім ДКР-41, не впливає на фізичну витривалість тварин. **Висновки.** Деякі із досліджених дипептидів виявляють седативні, стрес-протекторні (ДКР-9, ДКР-40 та ДКР-42) та ноотропні (ДКР-9 та ДКР-40) властивості. Поєднання нейропротекторних та психотропних властивостей є вдалим з огляду на необхідність корекції стресу та когнітивних розладів у пацієнтів з органічними ураженнями ЦНС. Доцільним є подальше експериментальне та клінічне вивчення нових циклічних дипептидів як засобів із нейропротекторними та сприятливими психотропними властивостями.

А.В. Дениско, М.С. Музыка
**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ І СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ
ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
Т.М. Маслоїд (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) займає друге місце за розповсюдженістю у світі серед неінфекційних хвороб та шосте місце в структурі смертності. Згідно сучасних даних, у світі нараховується близько 600 мільйонів хворих на ХОЗЛ. У «Європейській білій книзі легень» Україна представлена як одна з країн із найвищим рівнем смертності внаслідок патології дихальних шляхів серед чоловіків (Островський М.М., 2014). Незважаючи на проведення протягом останнього часу численних наукових досліджень, присвячених різним питанням ХОЗЛ, сучасне розуміння етапів та механізмів формування, перебігу й прогресування та лікування патології все ще залишається недостатньо окресленим. З цією метою потрібно вдосконалювати лікування і досліджувати дію ліків при певній патології для ефективності медикаментозної терапії.

Мета: Дослідити дію, вплив і ефективність лікарських препаратів (Беродуал та Серетид) при лікуванні ХОЗЛ з використанням тестів та функціональних проб.

Матеріали та методи: Було остежено 22 пацієнта. Середній вік хворих 52,5 р. Для оцінки якості життя людей, що страждають на ХОЗЛ було використано опитувальник «SF-36 Health Status Survey». Це неспецифічний опитувальник для оцінки якості життя. 36 пунктів згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 0 та 100, де показник 100 свідчить про повне здоров'я. Результати інтерпретуються у вигляді оцінок по відповідним шкалам, складеним таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя. Всі шкали формують два показники: фізичне і психічне благополуччя. Оцінка вказаних параметрів проводилась до і після призначеного лікування (препаратами Серетид, Беродуал) терміном 10-14 днів.

Результати: Під час порівняння показників якості життя відповідно до опитувальника SF-36 було встановлено, що рівень фізичного функціонування у досліджуваних осіб зріс в середньому на 24,5 %, інтенсивність болі зменшилась на 20%, загальний стан покращився на 22,5%, життєва активність стала інтенсивнішою на 19%, соціальне функціонування зросло на 21,5%, а психічний стан – на 25%.

Висновок: Якість життя хворих на ХОЗЛ після проведеного лікування значно покращилась, на що вказує позитивна динаміка показників, які оцінювались за допомогою тесту SF-36. Застосування даної методики дозволяє оцінити рівень життя людини під час хвороби, її соціальну адаптацію, емоційний стан. Вказаний тест може використовуватися в різних галузях медичної практики, оскільки дозволяє не тільки більш об'єктивно оцінити стан хворого, але й прослідкувати за впливом і ефективністю проведеної медикаментозної терапії.

О.К. Дідик

ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ВМІСТОМ АКТГ, β -ЕНДОРФІНУ, ЙОНІВ НАТРІЮ І КАЛЬЦІЮ У КРОВІ ЩУРІВ ПРИ ГІПЕРНАТРІЄМІЇ

Кафедра фармацевтичної, біологічної та токсикологічної хімії

О.В. Кузнецова (к.б.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: В останні роки великий інтерес викликають продемонстровані в ряді досліджень факти порушення балансу йонів кальцію у людей і тварин при надмірному споживанні хлориду натрію. З огляду на літературні дані про наявність зв'язку між порушеннями натрієвого і кальцієвого обміну при різних захворюваннях, актуальним є комплексне вивчення особливостей метаболізму кальцію і натрію в умовах гіпернатріємії і пошук шляхів корекції цих порушень.

Мета: Вивчити кореляційний зв'язок між вмістом АКТГ, β -ендорфіну, йонів натрію і кальцію у крові щурів за умов гіпернатріємії.

Матеріали та методи: Дослідження проводили на щурах-самцях лінії Вістар масою 200-250г. Догляд за тваринами здійснювали згідно Директиви Європейського Союзу 2010/63/EU про захист хребетних тварин, що використовуються для експериментальних та інших наукових цілей. Методом випадкової вибірки тварин поділили на групи (n=10): 1) інтактні тварини, 2) дослідні тварини, у яких моделювали гіпернатріємія

нагріванням у термокамері з температурою повітря +43-+45°C, відносною вологістю повітря 75-85%, концентрацією кисню 20,0-20,5% протягом 1 години. Вміст АКТГ і β -ендорфіну у плазмі крові досліджували радіоімунним методом. Концентрацію йонів натрію та кальцію у сироватці крові вимірювали методом полум'яної фотометрії. Отримані данні обробляли статистично за допомогою t-критерія Стьюдента і коефіцієнт кореляції Пірсона.

Результати: В результаті кореляційних досліджень сильний кореляційний зв'язок ($r=0,91$, $p<0,05$) зафіксований при гіпернатріємії між концентрацією йонів натрію і АКТГ у крові щурів. Між концентрацією йонів натрію і β -ендорфіну спостерігали прямий зв'язок середньої сили ($r=0,62$, $p<0,05$). Також встановлено пряму кореляцію середньої сили ($r=0,65$, $p<0,05$) між концентрацією йонів натрію і кальцію у крові дослідних тварин. Встановлено пряму кореляцію середньої сили ($r=0,59$, $p<0,05$) між концентрацією йонів кальцію і АКТГ. Встановлено пряму кореляцію середньої сили ($r=0,56$, $p<0,05$) між концентрацією йонів кальцію і β -ендорфіну.

Висновки: Отримані результати дослідження свідчать про наявність прямого зв'язку середньої сили між концентрацією йонів натрію і кальцію, β -ендорфіну та концентрацією йонів кальцію і АКТГ у крові дослідних тварин при гіпернатріємії.

Є.О. Довгаль

ВИЗНАЧЕННЯ РОСЛИННИХ ПІГМЕНТІВ В ГУСТОМУ ЕКСТРАКТІ З ЛИСТЯ РОГОЗУ ВУЗЬКОЛИСТОГО

Кафедра хімії природних сполук
В.С. Кисличенко (д.фарм.н., проф.)
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Відомо, що рослинні пігменти, зокрема хлорофіли та каротиноїди виявляють виражену фармакологічну активність. Хлорофіли мають антимікробну дію, каротиноїди – протизапальну та репаративну. Сировина рогузу вузьколистого (*Turpha angustifolia* L.) застосовується в народній медицині для лікування захворювань сечостатевої системи та ШКТ в якості антимікробного та протизапального засобу. Попередньо нами було одержано густий екстракт з листя рогузу вузьколистого, для якого доцільно визначити кількісний вміст даних пігментів.

Мета: Метою цієї роботи було визначення кількісного вмісту хлорофілів та каротиноїдів в густому екстракті з листя рогузу вузьколистого.

Матеріали та методи: 0,1 г (точна наважка) густого екстракту розчиняли в 25 мл 96% етанолу і переносили в мірну колбу на 25 мл.

Для розрахунку концентрації хлорофілів *a* і *b* та каротиноїдів у розчині визначали його оптичну густину на спектрофотометрі Optizen POP при довжинах хвиль, що відповідають максимумам спектра поглинання досліджуваних пігментів в даному розчиннику. Для хлорофілу *a* в 96 % етанолі максимум поглинання знаходиться при $\lambda=665$ нм, для хлорофілу *b* – при $\lambda=649$ нм. Каротиноїди визначали за довжини хвилі 441 нм. Після чого розраховували концентрацію пігментів.

Після встановлення концентрації пігментів розраховували їх кількісний вміст/

Результати: За результатами проведеної роботи було встановлено, що густий екстракт з листя рогузу вузьколистого містить хлорофілу *a* $1,50\pm 0,05$ мг/г, хлорофілу *b* – $0,54\pm 0,01$ мг/г, каротиноїдів – $1,13\pm 0,03$ мг/г.

Висновки: Одержані дані можуть бути використані при розробці та одержанні нових лікарських засобів на основі густого екстракту з листя рогузу вузьколистого.

В.О. Довженко

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Кафедра фармації
О. П. Баліцька (к.ф.н., доц.), І. М. Шевага (полковник м/с.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки в нашій країні залишається однією з найбільш актуальних проблем гастроентерології, що пов'язано із високою розповсюдженістю (10-15% всього дорослого населення), високим рівнем виникнення рецидивів та ускладнень при неправильному лікуванні. Тому існує потреба дізнатися чи раціонально та економічно-вигідно призначаються лікарські засоби для лікування цього захворювання.

Мета: Комплексна оцінка реальних фінансових витрат на фармакотерапію виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки на прикладі Військово-медичного клінічного центра Центрального регіону України, м. Вінниця.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження був арсенал ЛЗ для лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки в умовах стаціонару, 100 листків призначень історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у ВМКЦР України, м. Вінниця за жовтень 2016 року - січень 2017 року, асортимент препаратів для лікування виразкової хвороби в 6 аптеках м. Вінниця: "Бажаємо здоров'я", "Конекс", "Мольфар", "Авіцена", "Техмедсервіс", "Мед-сервіс", показники вартості лікування, протоколи лікування. Методи дослідження: епідеміологічний, ретроспективний, статистичний, експертних оцінок, АВС-, частотний- та VEN-аналізи.

Результати: Здійснивши статистичний аналіз карт пацієнтів, було встановлено, що більшу частину (89%) хворих склали пацієнти чоловічої статі, що пов'язано з факторами ризику. Найбільше скарг було отримано від пацієнтів у віці 30 - 40 років. Всього було здійснено 327 призначень лікарських препаратів. Сума витрат на лікування 100 хворих становила 34 058 грн. На лікування одного хворого в середньому було витрачено 340 грн. 58 коп. Препарати, яким надавали перевагу лікарі, встановлювали за результатами частотного аналізу. Найчастіше призначали такі препарати, а саме: Гастро-Норм (17,7%), Омепразол (11,9%), Пантаз (9,8%), Золопент (8,6%), Амоксил К625 (6,7%) та інші (45,3%). Зіставлення результатів частотного і VEN-аналізу показало, що 77,14% усіх призначень становлять препарати групи V - життєво необхідні та 22,86% препарати категорії N - другорядні. Що свідчить про потребу в оптимізації лікарських призначень для лікування

виразкової хвороби відповідно до вимог чинних нормативних документів.

Висновки: Зіставлення результатів ABC-, VEN- та частотного аналізів, показало, що загалом фінансові витрати на фармакотерапію пацієнтів з виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки у досліджуваній клініці гастроентерології у ВМКЦР м. Вінниці, можна вважати раціональними та економічно доцільними. У подальшому буде раціональним проведення фармакоекономічного аналізу "витрати-ефективність", який дасть змогу оцінити вартість одиниці ефективності найбільш розповсюджених схем лікування виразкової хвороби в стаціонарних умовах.

В.О. Довженко

ОПАНУВАННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ ДОЗУВАННЯ, ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ

Кафедра фармації

О. В. Кривов'яз (к.ф.н., доц.), Ю. О. Томашевська (к.ф.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Підвищення якості навчання фахівця фармацевтичної галузі на етапі вивчення дисциплін циклу професійної підготовки у вищому фармацевтичному (медичному) навчальному закладі є першочерговим завданням. Особливо гостро постає ця проблема стосовно набуття вміння дозувати речовини за масою з використанням ручних та технічних терезів, оскільки ця практична навичка є основою багатьох процесів, що виконуються не лише в технології лікарських засобів, але й в комплексі хімічних дисциплін.

Мета: визначення динаміки показників відносної похибки при зважуванні студентами сипких та в'язких речовин.

Матеріали та методи: В дослідженні брали участь 42 студента фармацевтичного факультету спеціальності «фармація» денної форми навчання, під час їх навчання на III, IV та V курсі, тобто до вивчення технологічного комплексу дисциплін, в процесі та по закінченню навчання. Студенти здійснювали операцію дозування за масою 0,2 натрію хлориду на ручних терезах ВР-1; 1,2 – на ВР-5; 6,0 – на ВР-20; 25,0 – на ВР-100; 200,0 олії соняшникової на технічних терезах ВКТ-1000. Перевірку точності дозованої маси речовини проводили за допомогою вагів лабораторних загального призначення електронних ТВЕ–0,3–0,005. На основі отриманих даних визначали відносну похибку зважування.

Результати: Отримані в процесі виконання дослідження результати показали, що проходження пропедевтичної практики з аптечної технології ліків (АТЛ), виробничої практики з АТЛ та виробничої практики зі спеціалізації (технології ліків) значно підвищує рівень опанування практичних навичок (зокрема дозування за масою) студентами в процесі навчання, про що свідчить динаміка зниження значень відносної похибки.

Висновки: Інтеграція самостійної теоретичної підготовки з відпрацюванням навичок відважування речовин під керівництвом викладача сприяє покращенню практичної підготовки студентів.

А.Другакова, Т.Івко, Т.Германюк

МАРКЕТИНГОВІ АСПЕКТИ ДИКЛОФЕНАКУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Кафедра фармації

Т.Івко (к.фарм.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Для лікування запалення та больового синдрому використовуються препарати з високою анальгетичною та протизапальною активністю – нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ). Незважаючи на широкий спектр існуючих в даний час НПЗЗ, диклофенак натрію залишається найбільш популярним препаратом серед НПЗЗ. Диклофенак займає 8 місце у топ-10 в світі серед лікарських засобів (ЛЗ), що найбільше продаються. **Мета дослідження** – аналіз фармацевтичного ринку диклофенаку в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження стали дані АТС/DDD-індексу Центру ВООЗ з методології статистичних досліджень ЛЗ, середньозважена вартість ЛЗ в Україні станом на лютий 2017р. за даними щотижневика «Аптека». Методи дослідження: маркетинговий аналіз, частотний аналіз, АТС/DDD-методологія.

Результати дослідження. При проведенні маркетингового аналізу було встановлено, що на фармацевтичному ринку присутні 14 ЛЗ з міжнародною непатентованою назвою (МНН) диклофенак, з них 9 – іноземні (склали 64%) та 5 – вітчизняні (36%). АТС/DDD-індекс диклофенаку складає 0,1 г. В результаті АТС/DDD-методології встановлено, що вартість середньої добової дози DDD для лікарських препаратів з МНН диклофенак коливалась від 0,54 до 28,16 грн.

Висновки. На фармацевтичному ринку України присутні 14 ЛЗ з МНН диклофенак; співвідношення між ЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва складають 2:1; вартість середньої добової дози DDD для лікарських препаратів з МНН диклофенак коливалась від 0,54 до 28,16 грн.

Н.С. Іваненко, В.П. Спеней
**СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ НА ПІДПРИЄМСТВІ ПРАТ
«ІНФУЗІЯ»**

Кафедра фармацевтичної хімії
Ф.Є. Дьякова (ас.), Т.І. Ющенко (к.хім.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Перед національним фармацевтичним сектором завжди стояло питання забезпечення якості лікарського засобу (ЛЗ) на всіх етапах життєвого циклу. В даний час в Україні належна якість ЛЗ забезпечується функціонуванням системи поетапного контролю якості ЛЗ, в якій важливу роль відводиться посерійному контролю якості ЛЗ на етапі їх виробництва. Функціонування такої системи контролю на сьогодні є реальним втіленням одного із елементів Європейської системи забезпечення якості ЛЗ в Україні. Особливої уваги вимагають процеси виробництва і контроль якості інфузійних лікарських форм.

Мета: Ознайомитись з системою контролю якості на Прат «Інфузія» (м. Вінниця).

Матеріали і методи: Настанови з якості, документи, що містять опис системи управління якістю. Інформаційно-пошуковий метод.

Результати: Для студентів 5 курсу фармацевтичного факультету Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, спеціальності «Фармація» навчальним планом передбачено виробничу практику з фармацевтичної хімії, а для студентів 5 курсу спеціальність «Клінічна фармація» - з медичної хімії. Згідно укладених угод студенти проходять виробничу практику на фармацевтичних підприємствах м. Вінниці.

Під час виробничої практики на Прат «Інфузія» студенти мають можливість ознайомитися з виробництвом і інтегрованою багаторівневою системою, яка відповідає вимогам міжнародних стандартів і включає в себе моделі: управління процесами; фармацевтичної системи якості; екологічного менеджменту.

Фармацевтична система якості і політика в області якості інфузійних розчинів Прат «Інфузія» ґрунтуються на: національному та міжнародному стандарті ISO серій 9000, 14000; чинному керівництві з належної виробничої практики (GMP); міжнародному стандарті належної лабораторної практики (GLP); міжнародному стандарті належної клінічної практики (GCP); міжнародному стандарті належної дистрибуторської практики (GDP).

Висновки: Організація виробничої практики на фармацевтичному підприємстві сприяє поглибленню знань студентів з забезпечення контролю якості і стандартизації лікарських засобів в Україні, а також свідомому професійному спрямуванню. За результатами виробничої практики кращим студентам було запропоновано стажування на Прат «Інфузія».

Я.О. Іванова, О.Д. Благун
**АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ ТА ПЕРЕЛІКІВ ЛІКІВ, НА ЯКІ
ЗАПРОВАДЖУЄТЬСЯ МЕХАНІЗМ РЕФЕРЕНТНОГО ЦІНОУТВОРЕННЯ ТА РЕІМБУРСАЦІЇ**

Кафедра фармації
О.Д. Благун (ст.викл.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні залишається надзвичайно актуальним питання ціноутворення на лікарські засоби (ЛЗ), які підлягають державному регулюванню та відшкодуванню, а саме за трьома нозологіями (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу, бронхіальна астма), відповідно до встановленого переліку, що складається з 21 міжнародної непатентованої назви, затвердженого постановою КМУ від 09.11.2016 № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів». Розрахунок цін на ЛЗ здійснювався за торговою назвою, формою випуску, дозуванням, що передбачено Stock Keeping Unit та запроваджено в 5 обраних для України референтних країнах.

Першого лютого 2017 року була прийнята постанова КМУ №38 «Про внесення змін до постанови КМУ від 9 листопада 2016 р. №862», якою відтермінується запровадження державного регулювання граничних цін на ЛЗ, шляхом встановлення референтних цін на ЛЗ до 01.04.2017.

Мета: Здійснити аналіз нормативно-правових документів та переліків ліків, на які запроваджується механізм референтного ціноутворення та реімбурсації.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось шляхом роботи з Державним реєстром лікарських засобів України та даними операторів фармацевтичного ринку – оптової фармацевтичної фірми ТОВ «БАДМ». Ретроспективний аналіз оптового ринку лікарських засобів виконували впродовж січня – лютого 2017 р. В аналізі використовували статистичні, маркетингові методи, обробку інформації здійснювали за допомогою спеціального програмного забезпечення (Microsoft office Excel).

Результати: Дослідження показали що з усіх ЛЗ, на які запроваджується референтне ціноутворення на складах ТОВ «БаДМ» наявні усі ЛЗ за МНН (21 молекула), але не в повному обсязі за торговельними назвами (з 398 – 387, що ставить 97,24%). Аналіз виробників показав, що 39% ЛЗ випускаються вітчизняними виробниками,

серед яких лідером є ПАТ «Фармак» - 39%, ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я» - 18%, ТОВ «Астрафарм» – 18%, ТОВ «Кусум Фарм» – 14%, ПАТ НВЦ «Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод» - 11%, закордонними - 61% (серед країн переважна частка належить Німеччині – 15%, 8% - Словенії, по 3% - Іспанії і Польщі, на решту виробників припадає 25%). Відмічено, що реалізація в аптечні мережі даних ЛЗ з фірми «БаДМ» має тенденцію до спаду.

Відповідно до Державного реєстру лікарських засобів України частка ЛЗ, на які встановлено відшкодування вартості станом на 01.01.17 становить – 3,9% . Аналіз Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою КМУ від 29.03.2009 №333 показав, що з 21 МНН досліджуваних ЛЗ до додаткового переліку увійшов тільки один ЛЗ - аміодарон, решта – включені до основного переліку.

Висновки: Таким чином на прикладі аналізу товарних запасів ТОВ «БаДМ», нами встановлено, що реалізація програми по запровадженню референтного ціноутворення виконується. Однак, слід зазначити, що на сьогодні є необхідність у мотивуванні закупівель ЛЗ, які увійшли до переліку, аптечними мережами.

Д.П. Каврайський

**ВПЛИВ 1-(4-МЕТОКСИФЕНІЛ)-5-{2-[4-(4-МЕТОКСИФЕНІЛ)ПІПЕРАЗИН-1-ІЛ]-2-ОКСОЕТИЛ}-1,5-ДИГІДРО-4Н-ПІРАЗОЛО[3,4-D]ПІРИДИН-4-ОНУ
ТА ВАЛЬПРОАТУ НАТРІЮ НА ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ БАЛАНС У
ГОЛОВНОМУ МОЗКУ В НОРМІ ТА ЗА ПЕНТИЛЕНТЕТРАЗОВОГО КІНДЛІНГУ В АСПЕКТІ
МІЖПІВКУЛЬОВОЇ АСИМЕТРІЇ**

Кафедра фармакології

С.Ю. Штриголь (д.м.н., проф.)

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Судомні напади збільшують витрати метаболічної енергії у центральній нервовій системі та супроводжуються гіпоксією головного мозку (ГМ). Ці процеси пов'язані з розвитком оксидативного стресу. Останній є одним із механізмів, який бере участь в епілептогенезі. Півкулі ГМ функціонально асиметричні, що відіграє важливу роль у нормі та в перебігу епілепсії. Тому вивчення прооксидантно-антиоксидантного балансу (ПАБ) при епілепсії в аспекті міжпівкульової асиметрії є актуальним. Під керівництвом проф. В.А. Георгіянци синтезовано перспективний антиконвульсант – 1-(4-метоксифеніл)-5-{2-[4-(4-метоксифеніл)піперазин-1-іл]-2-оксоетил}-1,5-дигідро-4Н-піразоло[3,4-D]піридин-4-он (сполука 78553). Мета – дослідити порівняльний вплив цієї сполуки та вальпроату натрію на ПАБ у ГМ в інтактних тварин і на моделі пентилентетразолового (PTZ) кіндлінгу в контексті міжпівкульової асиметрії.

Матеріали і методи: Досліди виконано на мишах. Кіндлінг відтворювали шляхом уведення PTZ (30 мг/кг) підшкірно. Сполуку 78553 (200 мг/кг) або вальпроат натрію (300 мг/кг) вводили у шлунок одноразово інтактним тваринам і 15-денним курсом за кіндлінгу. У лівій (ЛП) і правій (ПП) півкулях ГМ визначали вміст ТБК-реактивів (ТБКр), 8-ізопростану та загальну антиоксидантну активність (ЗАА).

Результати: Інтактні тварини. Вміст ТБКр і 8-ізопростану в ЛП і ПП мишей майже однаковий, а ЗАА достовірно вища в ЛП на 7%. Сполука 78553 підвищує вміст 8-ізопростану лише в ЛП (на 21%), зменшує рівень ТБКр на 10-20%, збільшує ЗАА переважно в ЛП (на 14%). Вальпроат натрію посилює оксидативний стрес рівномірно в ЛП і ПП (збільшує вміст 8-ізопростану і ТБКр відповідно на 4-15% і на 23-32%) на тлі послаблення антиоксидантного захисту (зменшує ЗАА в ЛП і ПП на 9-16%). PTZ кіндлінг. За хронічного впливу проконвульсант різко посилює оксидативний стрес, підвищуючи вміст ТБКр на 122-125%, 8-ізопростану – на 323-371% майже однаково в ЛП і ПП. При цьому компенсаторно, але незначно зростає антиоксидантний захист (ЗАА підвищується на 9-13%, достовірно більше в ПП). Сполука 78553 виявляє потужні антиоксидантні властивості, зменшуючи вміст ТБКр на 34-46%, 8-ізопростану – на 41-45% переважно в ПП, а ЗАА вірогідно збільшує відносно впливу PTZ також більшою мірою в ПП. Вальпроат натрію, як і сполука 78553, виявляє антиоксидантні властивості (хоча й статистично значуще поступається їй за цим впливом), знижуючи вміст обох маркерів оксидативного стресу знов-таки переважно в ПП. При цьому він дещо зменшує ЗАА порівняно з впливом PTZ.

Висновки: На моделі хронічного епілептогенезу (PTZ кіндлінг) значно посилюється оксидативний стрес у ГМ. Вальпроат натрію в інтактних мишей виявляє виразні прооксидантні властивості, а за кіндлінгу – помірні антиоксидантні переважно в ПП. Сполука 78553 слабо впливає на ПАБ в інтактних тварин і виявляє потужні антиоксидантні властивості за кіндлінгу (переважно у ПП). Антиоксидантні властивості сполуки 78553 вигідно доповнюють її антиконвульсивну дію.

М.С. Кагадій, А.В. Данилюк
ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Т.М. Маслоїд (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма (БА) – самостійне, поліетіологічне захворювання, основу якого становить хронічне запалення дихальних шляхів, що супроводжується змінами чутливості та реактивності бронхів і проявляється нападом ядухи, астматичним станом або, за відсутності таких, симптомами дихального дискомфорту. БА характеризується пароксизмами задишки, стисненням грудної клітки, подовженим видихом, що є результатом звуження повітряних шляхів за рахунок поєднання спазму м'язів, набрякання слизової оболонки та в'язких бронхіальних виділень. Ці симптоми значно впливають на якість життя пацієнтів. На сьогоднішній день більше 100 мільйонів людей з усього світу хворіють на БА. У багатьох країнах на БА хворіє 4-8 % дорослого населення. За один рік в результаті бронхіальної астми помирає 250 тисяч людей.

Мета: Дослідити вплив базисної терапії на якість життя у хворих на БА.

Матеріали та методи: В дослідження включено 25 хворих, з середнім віком 49 років, що проходили лікування у пульмонологічному відділенні ВОКЛ ім. М.І. Пирогова, застосовували для фармакотерапії препарати «Серетид» та «Беродуал», спостерігали хворих з БА, середнього ступеня важкості. Діагноз встановлено згідно критеріїв GINA та наказу МОЗ України № 868. Збір анамнезу проводився, використовуючи опитувальник ASQ, за допомогою якого досліджували якість життя хворих до та через 20 днів після проведеного лікування. Також оцінено дані спірометричних обстежень.

Результати: Відповідно отриманим даним в ході дослідження, можна відзначити, що пацієнти суб'єктивно відзначають покращення стану та зменшення проявів симптомів БА після лікування даними препаратами. Якість життя покращилась на +33,17%, також прослідковується покращення показників спірометрії (ОФВ1 на +61,37%; ФЖЕЛ на +18,41%; Індекс Тифно на +17,78%). Позитивна динаміка спостерігалася щодо професійної діяльності хворих, покращення сну, зменшення задишки та хрипів в легенях.

Висновки: Результати дослідження дозволяють стверджувати, що у хворих на БА спостерігається суттєве покращення комплексних показників якості життя, обумовлене фармакотерапією після її проведення.

К.О. Камінська

БІОРИТМОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМІНІВ ЗАЧАТТЯ У ПОПУЛЯЦІЯХ ЛЮДЕЙ

Кафедра фармації

В.В. Родінкова, О.В. Паламарчук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відомо, що діяльність тварин та людей підпорядковується добовим і сезонним біоритмам: тварини розмножуються в найсприятливіший час сезону, який збігається з періодом вагітності. З розвитком цивілізації, штучне світло, винайдене людством, зробило день довшим, а ніч – коротшою. Це означає, що денні ритми людини, які формувались тисячі років, були порушені протягом двох останніх століть. Дослідники вказують, що рівні народжуваності людей також змінюються в залежності від широти і клімату, а найкращі умови для зачаття виникають при поєднанні тривалості світлового дня не менше 12 годин і температури від 10 до 21 градусів Цельсія.

Мета: Проаналізувати залежність життя людини від природних ритмів на прикладі сезонних коливань рівнів народжуваності у популяціях, які існують у різних кліматичних умовах, використовуючи показники народжуваності українських та іноземних студентів ВНМУ на основі їх дат народження.

Матеріали та методи: Рівні народжуваності вітчизняних студентів були порівняні із даними народжуваності дітей в Україні у 2014-2016 роках. Проаналізовано 14558 дат народження: з них – 4408 дітей в Україні та 10150 студентів ВНМУ українського та іноземного походження. Студенти були народжені в період з 1980 по 2000 рік включно. Дати народження були поділені на декади кожного місяця року та побудована діаграма згідно терміну вагітності 280 днів, який відповідає 40 тижням.

Результати: Дослідження підрахованих даних показує, що піки та кількість народження дітей зменшується в обох популяціях в один і той самий час. Зростання кількості народжуваності відбувається на початку січня, у кінці березня, у середині травня, в останній декаді червня, а також у перших двох декадах листопада. Але максимум народжуваності - це третя декада серпня - в українській популяції відповідає зниженню народжуваності серед африканського населення. Найбільшими періодами зачаття дітей в Україні є: період з 2 декади лютого по 2 декаду березня, також 1 декада червня, перша декада серпня і третя декада листопада, яка є найбільшою. В Африці періоди зачаття такі: третя декада березня, перша декада серпня і третя декада вересня. Африканська народжуваність має найнижче значення в серпні та вересні, тому що період зачаття в

ретроспективі припадає на несприятливі періоди, коли є короткий період сонячного світла та низька температура. Африканський клімат характеризують постійною температурою, тому періоди зачаття можуть залежати від свят. Українські піки зачаття - це лютий та березень, можуть пояснюватись обома факторами, як сезонними, так і святковими.

Висновки: Запліднення у людей не відбувається рівномірно протягом року. Ця нерівномірність може пояснюватись як сезонними, так і культурними особливостями людей. І хоча сезонність в народженні людей не така передбачувана, як у тварин, ми все ще близькі з природою і цивілізація може і надалі порушувати сезонні ритми.

О.О.Каркич

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРЕНОСИМІСТЬ ІНГІБІТОРІВ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ- α У ХВОРИХ З АНКІЛОЗИВНИМ СПОНДІЛІТОМ

Кафедра фармакології

О.В.Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Відомо, що згідно рекомендацій EULAR препаратами першої лінії в лікуванні анкілозивного спонділіту (АС) є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Значне підвищення ефективності терапії АС відбулося з початком використання в лікуванні цього захворювання імунобіологічної терапії (ІБТ), зокрема інгібіторів фактора некрозу пухлини (ФНП)- α .

Мета дослідження: оцінити ефективність та переносимість застосування інгібіторів ФНП- α у хворих на АС що отримують традиційну терапію.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 12 хворих на АС які отримували лікування інгібіторами ФНП- α в ревматологічному відділенні НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І.Пирогова. Термін спостереження становив 6 міс. Діагноз АС встановлювався згідно модифікованих Нью-Йоркських критеріїв. Жоден із хворих до включення в дослідження не отримував біологічних БП. ІБТ призначалася пацієнтам з ураженням хребта відповідно до рекомендацій EULAR — за умови високої активності (значення BASDAI ≥ 4) та неповної відповіді на терапію НПЗП. Згідно з існуючими вітчизняними рекомендаціями перед початком ІБТ всі хворі були ретельно обстежені, у тому числі щодо туберкульозної інфекції (рентгенографія легень) та вірусних гепатитів (HBsAg, antiHCV Ig G та M). Хворі отримували ІНФ в дозі 5 мг/кг маси тіла у формі внутрішньовенної інфузії тривалістю 2 год за схемою, передбаченою інструкцією до препарату.

При обстеженні пацієнтів оцінювали індекс активності — BASDAI та функціональний індекс — BASFI, визначали ШОЕ і рівень у сироватці крові СРБ. У загальній когорті хворих співвідношення чоловіків і жінок становило 5:1, середній вік — 42,4 роки. Переважали хворі з центральною формою АС — 60,0% проти 40,0% — з периферичною. У більшості (67%) хворих визначали III або II (33%) рентгенологічну стадію, що пояснюється значною середньою тривалістю захворювання до початку ІБТ. Оцінку ефективності та переносимості лікування проводили 3 міс лікування. За період спостереження жоден хворий не припинив лікування у зв'язку з неефективністю чи побічними ефектами ІБТ.

Результати. Отримані в загальній когорті хворих на АС результати свідчать про значне вірогідне покращання всіх клініко-лабораторних показників через 3 міс лікування, що підтверджує високу ефективність ІБТ вже на ранніх етапах її застосування. Так, середні значення індексів BASDAI та BASFI зменшилися більше ніж на 65%, а ШОЕ і рівень СРБ — знизилися більше ніж у 4 рази порівняно з величинами цих показників до початку ІБТ. Такі зміни індексів BASDAI і BASFI а також динаміка ШОЕ та СРБ зберігалися протягом усіх 6 міс спостереження. Серед інших показників ефективності ІБТ слід звернути увагу на те, що протягом 3 міс прийому НПЗП були відмінені всім хворим, які отримували їх до включення в дослідження. До 6-го місяця лише у 2 хворих виникла потреба в епізодичному прийомі НПЗП.

Висновки. Отримані нами результати свідчать про високу ефективність і прийнятну безпеку ІБТ із застосуванням інгібіторів ФНП- α у хворих на АС.

Г. І. Крамар, О. І. Альчук

ОЦІНКА АНАЛЬГЕТИЧНОЇ ДІЇ НОВОГО ПОХІДНОГО 4-[4-ОКСО-(4H)-ХІНАЗОЛІН-3-ІЛ] БЕНЗОЙНОЇ КИСЛОТИ (ПК-66) В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра фармації

Г. І. Степанюк (проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В скринінгових дослідженнях на моделях болю, викликаного електроімпульсним подразненням слизової оболонки прямої кишки та термічним подразненням хвоста шурів, у нового похідного 4-[4-оксо-(4H)-хіназолін-3-іл] бензойної кислоти, виявлено виразну анальгезуючу активність та відсутність пошкоджуючого

впливу на шлунок. Тому поглиблене вивчення фармакологічних властивостей сполуки ПК-66 в якості знеболюючого засобу є актуальним.

Мета дослідження – охарактеризувати знеболюючу дію сполуки ПК-66 в порівнянні з диклофенаком натрію та кеторолаком на різних моделях больового синдрому.

Матеріали та методи: Антиноціцептивну дію сполуки ПК-66 (1,0 мг/кг), порівняно з кеторолаком (2,4 мг/кг) та диклофенаком (4,0 мг/кг) при одноразовому внутрішньочеревному введенні в організм досліджено на 101 шурі-самці лінії Вістар (180-210 г) на моделях соматичного (tail-flick), та нейропатичного болю (перев'язка сідничного нерва), а також в умовах формалінового тесту (0,1 мл 5% розчину формаліну субплантарно).

Результати: на моделі tail-flick ПК-66 вірогідно підвищувала ПБЧ шурів на 1-шу та 2-гу години спостереження на 40,6 та 50,6 % відповідно. Причому за ступенем анальгезії досліджувана сполука перевершувала диклофенак, поступалась кеторолаку в зазначені терміни експерименту, перевершуючи його за тривалістю дії. На моделі формалінового тесту знеболююча дія сполуки ПК-66 в більшій мірі проявилась у I-й (центральної) фази, і незначно змінювала латентний період та тривалість II-гої фази цього тесту, тоді як диклофенак переважно змінював II-гу (запальну) фазу цього тесту. В умовах нейропатичного болю ПК-66 в такій же мірі як і кеторолак, також проявляла виразну анальгезуючу дію: ПБЧ ушкоджених кінцівок шурів через 2 години після їх введення зростав в середньому на 46,7% та 51,9% відповідно.

Висновки: нове похідне 4-[4-оксо-(4*H*)-хіназолін-3-іл] бензойної кислоти (сполука ПК-66) виявляє виразну анальгетичну дію як на моделі соматичних, так і нейропатичних больових синдромів. За ефективністю антиноціцепції вказана сполука співставлялась з диклофенаком та кеторолаком, перевершуючи їх в активності, оскільки використовувалась в значно меншій дозі.

В.В. Ларіонов, Н.О. Радогощина

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОНСТИПАЦІЙНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Конституційний синдром – це досить поширена патологія, адже близько чверті населення планети періодично страждає закрепамі. При цьому багато пацієнтів незадоволені результатами лікування (недостатня ефективність, розвиток побічних ефектів). Тому активно ведеться розробка більш ефективних і безпечних препаратів.

Мета: висвітлити нові лікарські засоби, які впроваджують в лікування хронічних закрепів.

Матеріали і методи: публікації по даній темі у вітчизняній та зарубіжній фаховій літературі.

Результати: На сьогоднішній день науковий пошук спрямований на препарати з механізмами дії, відмінними від класичних (наповнювачі, подразнювачі, осмотичні, пластифікатори). До таких можна віднести представників секретогенів і ентерокінетиків. Агоністи рецепторів гуанілатциклази-С - Лінаклотид (Linzess, США, 2012), Constella, країни ЄС, 2016), Плеканатід (Tulance, США 2017).

Це кишкові секретогени пептидної природи. Активує рецептори гуанілатциклази на апікальній поверхні кишкового епітелію, збільшують вміст цГМФ, що призводить до активації секреції хлору, води і бікарбонатів в просвіт кишки і позитивно відбивається на консистенції калу, швидкості кишкового транзиту і регулярності актів дефекації. Активатори хлорних каналів - Лубіпростон (Amitiza, США, 2006)

Похідне простагландину E1, двоциклічна жирна кислота. Активує хлорні канали 2 типу на апікальній стороні кишочкових епітеліоцитів шляхом впливу на протанодні рецептори, що також, як і в попередній групі, сприяє посиленню виділення хлору і рідини в просвіт кишечника, прискоренню пасажу кишкового вмісту.

Селективні агоністи серотонінових рецепторів IV типу (5-НТ₄) - Прукалопід (Resolor, Італія, 2013). Це ентерокінетик, який стимулюючи зазначені рецептори в кишочкових нейронах, гладкій мускулатурі, ентероцитах, сприяє вивільненню серотоніну, що забезпечує хороший прокінетичний ефект у всіх відділах товстої кишки. Висока афінність саме до 5-НТ₄-рецепторів у порівнянні з іншими препаратами даного класу (Тегасерод і Цизаприд) сприяє мінімізації побічних ефектів (не викликає порушення серцевого ритму, екстрапірамідних розладів, синдрому «рикошету» при відміні). Селективні антагоністи периферичних μ -опіоїдних рецепторів - Метилналтрексон бромід (Relistor, США, 2008), Налоксегол (Movantik, США, 2014), Налдемедін (Symproic, США, 2016). Це ентерокінетики для терапії опіоїдіндукованого закрепку у онкохворих. На відміну від налоксону, ці препарати практично не проникають через гематоенцефалічний бар'єр і володіють лише периферичною дією, не зменшуючи знеболюючий ефект опіатів.

Всі зазначені засоби добре переносяться хворими і можуть застосовуватися досить тривалий час.

Висновок: Пошук нових препаратів для лікування закрепку є досить перспективним. Але також слід наголосити, що хронічний закрек - це поліетіологічне захворювання, тож лікування повинно відбуватися з урахуванням причини виникнення патології та лише під наглядом лікаря.

Т.С. Лещук

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕБАЖАНОЇ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Р.П. Барало (к.м.н., доц.)

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

Актуальність: Медичне застосування лікарських засобів (ЛЗ) перш за все має супроводжуватися терапевтичною дією, однак негативним наслідком є можливість виникнення побічних реакцій (ПР). За різними даними, у госпіталізованих хворих у 15–30% випадків виникають ПР на ЛЗ.

Мета роботи: Шляхом анкетування визначити відношення населення до ризиків розвитку ПР на ЛЗ.

Матеріали та методи: Сучасному рівню знань про ПР ЛЗ відповідає класифікація, згідно з якою ПР поділяються на чотири типи — А, В, С, D. Опираючись на цю класифікацію нами розроблена анкета в якій були представлені питання із правильності прийому ЛЗ, безпечності ЛЗ та дій опитаного в разі розвитку чи для профілактики розвитку побічних реакцій. В анкетуванні прийняло участь: 13 підлітків віком 15-16 років, 13 студентів 5 курсу медичного університету віком 20-22 роки, 12 пацієнтів ревматологічного відділення обласної клініки віком 40-50 років.

Результати: В результаті анкетування всіма учасниками була дана 100% відповідь на питання про ціль призначення ЛЗ – лікування різних захворювань. Про призначення ЛЗ з метою профілактики знають 75% пацієнтів, 53,85% студентів і 38,46% підлітків. Всі 100% проанкетованих вважають, що правильно призначити ЛЗ може лише лікар. Жоден із трьох груп опитаних не назвав ЛЗ безпечними. Найвищий ступінь настороженості в плані небезпеки ЛЗ продемонстрували студенти – 38,46% з них вказали, що ЛЗ є небезпечними, серед пацієнтів таких було 8,33%, і 0% - підлітків. Має місце підміна понять - безпечний, значить ефективний. Це демонструє отримана відповідь на питання: - «Чи боїтесь Ви розвитку ПР на ЛЗ?». Так, більшість і пацієнтів (66,67%) і підлітків (61,54%) бояться розвитку побічних реакцій. Пацієнти показали значно вищу обізнаність в плані знань ПР на противагу підліткам. Так, алергічні ПР називають 100% опитаних хворих, негативні прояви зі сторони ШКТ – 75%, зі сторони ЦНС – 33,33%, ураження нирок, підвищення ваги та артеріального тиску – 16,7% кожний. Безпечними ЛЗ вважають вітаміни - 53,85% підлітків, 7,69% пацієнтів і 8,33% студентів; рослинні препарати – 16,67% студентів, 7,69% - пацієнтів і підлітків. Немає безпечних ЛЗ – відповіло 41,67% студентів, жоден пацієнт і лише 7,69% підлітків. Як відомо, ПР можна профілакувати, а в разі їх розвитку долю подальшого прийому ЛЗ має вирішити лікар – спеціаліст. На запитання: - «Якою буде Ваша тактика, при появі ПР на ЛЗ?» - жоден пацієнт і підліток не вказав на його негайне звернення до лікаря.

Висновки: Сьогодні ЛЗ не є безпечними на що вказують всі групи опитаних. Населення більше уваги приділяє ефективності ЛЗ ніж їх безпечності, а при розвитку ПР займається їх самоусуванням. Студентам-медикам необхідно збільшити настороженість до можливих ризиків розвитку ПР на ЛЗ.

Є.В. Логінова, М.О. Лук'яненко

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ СУРФАКТАНТУ

Кафедра фармакології

Н.І. Іванова (доц., к.мед.н.)

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

Актуальність: сурфактант – це комплекс поверхнево активних речовин, які утримують поверхневий натяг в альвеолах близьким до нуля, що запобігає їх злипанню при видиху і сприяє розправленню легень у новонароджених. При нестачі його виникає дихальна недостатність. Тому вивчення препаратів сурфактантного ряду в наш час є актуальним.

Мета: розглянути механізм дії стимуляторів синтезу сурфактанту та замінників сурфактанту, їх вплив на інші органи, а також ефективність дії при різних патологічних станах.

Матеріали та методи: використано сучасні літературні джерела, що містять інформацію про препарати сурфактанту, їх механізми дії та способи введення.

Результати: отримані нами теоретичні дані дозволяють стверджувати, що препарати сурфактанту є ефективними засобами покращення властивостей сурфактантної системи легень (ССЛ). Препарати сурфактанту використовують при синдромі дихальних порушень новонароджених в якості замісної терапії, а також при гострих та хронічних неспецифічних захворюваннях легень. Препарати сурфактанту поділяються на: екзогенні та ендогенні, проте найбільш перспективним способом покращення властивостей ССЛ є замісна терапія препаратами екзогенного сурфактанту. Ці препарати отримують з альвеолярного змиву великої рогатої худоби з наступною модифікацією, або ж синтетичним шляхом, у тому числі біотехнологічними методами. У клінічній практиці використовують різні способи введення екзогенного сурфактанту: інстиляція рідкої форми препарату болусом крапельно або через ендотрахеальну трубку, введення через бронхоскоп, аерозольне застосування. На

даний момент широко використовуються такі препарати: «Альвеофакт» (Німеччина), «Екзосурф» (США), «Куросурф» (Італія), «Сурфаксин» (США). Показами до використання цих препаратів є: розвинута дихальна недостатність новонароджених, неонатальний сепсис, респіраторний дистрес-синдром, синдром гострого пошкодження легень, комплексна терапія туберкульозу легень, синдром дихальних розладів, профілактика післяопераційних ателектазів. До протипоказів належать: активна легенева кровотеча у новонароджених, внутрішньошлункові крововиливи III-IV ступенів, пневмоторакс, пневмомедіастинум, ДВЗ-синдром, порушення газообміну, пов'язані з лівошлунковою недостатністю. Побічні ефекти: перехідні приступи рефлюксу, ціанозу, брадикардії, гіповентиляції легень, обструкції дихальних шляхів, зміщення ендотрахеальної трубки. Їхнім недоліком також є висока вартість.

Висновки: отже, використання препаратів сурфактанту є досить перспективним в галузі лікування захворювань ССЛ і респіраторного дистрес-синдрому та потребує подальших досліджень з метою створення високоефективних та економічних лікарських засобів.

Г.В. Логунко

СИНДРОМ РЕЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГАРЯЧКИ ПРЕПАРАТАМИ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ

Кафедра фармакології

О.В. Грималовська (ас.)

Вінницький національний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Зниження імунітету, особливо на другому році життя, коли найчастіше дитину відлучають від грудей, і вона перестає отримувати антитіла матері, а також висока вірулентність вірусів, особливо в період сезонних епідемій, викликають необхідність використання жарознижуючих засобів. Найчастіше використовують ацетилсаліцилову кислоту.

Мета: провести аналіз вітчизняних та закордонних досліджень щодо негативних впливів ацетилсаліцилової кислоти на дитячий організм.

Матеріали та методи: проведено опрацювання, систематизація наукової літератури та наукових статей.

Результати: Ацетилсаліцилова кислота відноситься до власне нестероїдних протизапальних препаратів, похідних саліцилової кислоти. В найбільшій мірі проявляє протизапальну та жарознижуючу дію, в меншій мірі - болетамуючу. Довгі роки застосування і неодноразові дослідження препарату переконливо довели зв'язок між призначенням ацетилсаліцилової кислоти дітям у дозі, що відповідає їх віку, і розвитком досить рідкісного, але смертельно небезпечного ускладнення - синдрому Рея. Синдром Рея - невідкладний стан, що виникає у дітей та підлітків частіше чоловічої статі (у віці 4-15 років) під час лікування гарячки в клінічному перебігу вірусних захворювань — частіше грипу та інших ГРВІ, рідше кору, вітряної віспи, тощо, препаратами, що містять ацетилсаліцилову кислоту, і характеризується швидко прогресуючою токсичною енцефалопатією та розвитком жирової інфільтрації печінки. Синдром Рея супроводжується гіперамоніємією, підвищенням активності амінотрансфераз у сироватці крові (більш ніж у 3 рази) при нормальному рівні білірубіну.

Висновок: Можна зробити висновок, що такий на перший погляд нешкідливий препарат, як ацетилсаліцилову кислоту, дітям до 14-річного віку все ж давати небажано. Перед застосуванням ацетилсаліцилової кислоти у дітей слід обов'язково враховувати можливі ускладнення («користь – ризик»). Адже незважаючи на те, що шанси виникнення синдрому Рея та інших побічних ефектів не так вже й великі, все ж вони існують. До того ж на сьогоднішній день існує чимало інших препаратів, які були розроблені спеціально для дітей і можна вже з тримісячного віку. Подібні засоби виготовляються на основі парацетамолу або ібупрофену, які більш ,безпечно впливають на організм дитини.

Т.О. Луцюк, С.С. Малеш

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПОГЛІКЕМІЧНОЇ ДІЇ НОВОЇ ФІТОКОМПОЗИЦІЇ

Кафедра фармакології

І.В. Таран (ас, к. мед. н.) Н.І. Волощук (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день за захворюваністю цукровий діабет посідає третє місце після раку та захворювань серцево-судинної системи та за визначенням ВООЗ вважається неінфекційною епідемією. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, потреба у пошуку нових ефективних засобів для лікування цієї недуги залишається актуальною. Дедалі частіше фармацевтична галузь застосовує фітопохідні, що мають гіпоглікемічну дію. Наразі існує ціла низка лікарських засобів рослинного походження із гіпоглікемічною дією, однак зазвичай вони поступаються за ступенем фармакологічної активності синтетичним препаратам. Тому є

доцільним створення та вивчення комбінованих рослинних засобів із гіпоглікемічною дією, які володіють достатньою ефективністю та високим профілем безпеки.

Мета: Провести експериментальну оцінку гіпоглікемічної дії екстрактів якона (*Smallanthus sonchifolius*), стевії (*Stevia*) та їх комбінації за умов гострої гіперглікемії у щурів.

Матеріали і методи: Досліди виконані на 95 білих нелінійних самках щурів масою 250 - 295 г. Гостру гіперглікемію викликали в/оч введенням 40% розчину глюкози в дозі 2 г/кг. Рівень глюкози в крові вимірювали за допомогою глюкометра. Щури були поділені на 4 групи: I група (5 щурів) – інтактні, тваринам II, III та IV груп (по 30 щурів в кожній) в/шл вводили екстракти якона, стевії та комбінований екстракт в дозах 100, 150, 200, 250, 300 та 400 мг/кг. Визначали умовноефективну дозу (збільшення якої не супроводжувалось зростанням гіпоглікемічного ефекту).

Результати: Отримані результати свідчать, що всі досліджувані екстракти при їх в/шл введенні на моделі гострої гіперглікемії проявляли дозозалежну гіпоглікемічну дію. Найменшу активність проявляв екстракт якона, який в максимальній дозі (400 мг/кг) через 1 годину після введення глюкози, зменшував гіперглікемію в середньому на 14,3%. Екстракт стевії проявляв більш виразну дію, особливо у високих дозах. Фітокомпозиція двох досліджуваних екстрактів перевершувала окреме введення кожного з них. Умовноефективна доза для комбінованого екстракту становила 250мг/кг. В цій дозі досліджувана фітокомпозиція зменшувала глікемію на 51,4%, тоді як ступінь гіпоглікемічної дії окремо застосованих компонентів становили 37,2% та 10,4% для екстрактів якона та стевії в аналогічних дозах.

Висновки: Композиція екстрактів якона та стевії має виражені гіпоглікемічні властивості та може бути рекомендована для подальших поглиблених досліджень в якості гіпоглікемічного засобу.

Р.Л. Любевич

СУЧАСНІ ЧОЛОВІЧІ ПРОТИЗАПЛІДНІ ПРЕПАРАТИ

Кафедра фармакології

С.В. Біговщиць (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні, у зв'язку із значним поширенням жіночих протизаплідних засобів, необхідність чоловічих контрацептивів здається надуманою. Втім, такі засоби для жінок доступні не всім в силу високої вартості або фізіологічної непереносимості. Методи чоловічої контрацепції або надто радикальні (хірургічний), або мають ряд інших значимих недоліків. Тому, необхідність у чоловічій альтернативі – очевидна.

Мета: Визначити особливості медикаментозного підходу до контрацепції у чоловічій статі. Дослідити спектр препаратів, їх переваги та недоліки.

Матеріали і методи: Огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють проблему чоловічих протизаплідних препаратів.

Результати: Принципами дії препаратів для чоловічої контрацепції є: запобігання утворення сперматозоїдів, уповільнення руху сперматозоїдів, унеможливлення запліднення яйцеклітини (вплив на цілісність мембрани). Згідно цих підходів існує кілька препаратів на стадії розробки і досліджень. Першим засобом став WIN 18,446, який досліджували ще у 50-х роках. Бажаний ефект отримано, але препарат несумісний з алкоголем, оскільки зв'язується із ацетальдегіддегідрогеназою і блокує розпад етанолу, що веде до отруєння. Також існує гормональний метод, тобто прийом тестостерону перорально, внаслідок чого пригнічується сперматогенез. Проте, слід враховувати вплив тестостерону на інші тканини організму і, як наслідок, високий ризик побічних ефектів.

Учені з університету Канзаса виявили, що Гамендазол, похідне Лонідаміну, який використовується в хіміотерапії пухлин, порушує роботу клітин Сертолі, що живлять спермії. Знижується рівень інгібіну Б, внаслідок чого незрілі сперматозоїди виходять у сім'яні протоки і майбутнє запліднення – неможливе. Важливим плюсом є те, що дія засобу – оборотна. Іншим засобом являється JQ1, що є похідним бензодіазепінів, інгібіторів білка сімейства бромодоменів (BET). Дослідили, що речовина є також сильним селективним інгібітором сім'яникоспецифічного бромодоменвмісного білка (BRDT). Це має істотне значення у ремоделюванні хроматину під час сперматогенезу, оскільки бромодоменвмісний білок модифікує гістони, на які намотана нитка ДНК. В нормі BRDT має впізнати гіперацетильнований лізин у гістоні H4, а так як JQ1 як раз являється структурним аналогом такого лізину, взаємодія блокується, експресія генів не відбувається. Молекула JQ1 легко проходить крізь гематотестикулярний бар'єр і займає практично весь активний центр BRDT. Також беручи до уваги високу специфічність можна стверджувати про мінімальний побічний вплив. Дослідження на щурах показали, що ефект є повністю оборотним і через кілька місяців репродуктивна функція повертається до норми.

Висновок: Виходячи з результатів дослідження можна зробити висновок про те, що вивчення препаратів для чоловічої контрацепції має велику перспективу і хорошу основу для майбутніх досліджень і розробки препарату з потрібним ефектом, оборотністю да відсутністю небажаної побічної дії на організм

Т. М. Маслоїд

ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

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. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – захворювання, яким, за статистикою, страждає кожен п'ятий дорослий житель планети. В міжнародному узгоджувальному документі GOLD, вітчизняних наказах МОЗ України щодо ХОЗЛ оптимальною має бути стратегія якомога раннього виявлення захворювання на початкових стадіях, відмови від тютюнопаління, раннього призначення постійної базисної фармакотерапії, своєчасного, раціонального лікування загострень, що сповільнює та упереджує розвиток життєво небезпечних ускладнень, стрімкого падіння якості життя хворих.

Мета. Вивчити вплив базисної терапії на толерантність до фізичного навантаження та якість життя при ХОЗЛ.

Матеріали і методи. В пульмонологічному відділенні ВОКЛ при поступленні в стаціонар було обстежено 48 пацієнтів з ХОЗЛ другої та третьої стадій без ускладнень та супутньої патології, середній вік $51,32 \pm 4,14$ років, пацієнтів було розділено на дві групи в залежності від стадій ХОЗЛ: 25 пацієнтів з ХОЗЛ II стадії і 23 пацієнтів з ХОЗЛ III стадії. Діагноз верифікований за розробленим нами протоколом обстеження хворого та інструментально-лабораторними методами. Всі пацієнти приймали базисну терапію при загостренні ХОЗЛ: антибактеріальні препарати, муколітики перші 10 днів, і комбіновану бронхолітичну інгаляційну терапію (Беродуал Н – при II стадії; Беродуал Н та Серетид – при III стадії) 3 місяці. Якість життя оцінювалася за допомогою САТ – тесту при поступленні в стаціонар та через 3 місяці лікування. Пацієнт відповідав на 8 запитань, які охоплюють такі аспекти, як кашель, відходження мокротиння, затруднення дихання, задишка, обмеження активності, впевненості, сон і енергійність. Кожна відповідь оцінювалася по 5-и бальній системі. Всім хворим проводили тест оцінки толерантності до фізичного навантаження при вимірюванні відстані, пройденої за 6 хвилин (6ХХ). Дистанцію, пройдену протягом 6 хвилин, вимірювали в метрах і порівнювали з відповідним оптимальним показником. Задишку визначали після 6ХХ, показники оцінювали за модифікованою 10-бальною шкалою Борга: шкала включає в себе словесні описи відчуттів диспное, які відповідають певному числу балів (від 0 балів – немає задишки, до 10 балів – нестерпна задишка).

Результати. За результатами тесту 6ХХ після проведеної базисної терапії через 3 місяці можна простежити позитивну динаміку толерантності до фізичних навантажень: при ХОЗЛ II стадії вона зросла на 17,64 %, а при ХОЗЛ III стадії на 13,75 %. При аналізі задишки за шкалою Борга після 6ХХ отримали наступні результати: при ХОЗЛ II стадії задишка зменшилася на 36,21 %; при III стадії – на 32,68 %. Якість життя у хворих з II стадією покращилась на 34,25%, а у пацієнтів з III стадією на 32,11%.

Висновки: Котрольване та регулярне використання базисної терапії пацієнтами при ХОЗЛ сприяє покращенню їх якості життя. За результатами 6ХХ і показниками задишки за шкалою Борга можна стверджувати про позитивний вплив базисної терапії на толерантність до фізичного навантаження.

С.В.Муховська, П.В.Панчук

ДИНАМІКА ЗМІН ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ТА ОКРЕМИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра фармакології

Л.М.Шеремета (д.мед.н.,проф.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
м. Івано-Франківськ, Україна

Метою дослідження було вивчення впливу яблучного пектину на перебіг і розвиток хронічної алкогольної інтоксикації у експериментальних тварин.

Матеріали і методи. Хронічну алкогольну інтоксикацію відтворювали у 18 білих нелінійних щурів масою 160-180 г обох статей шляхом введення 25% етанолу у шлунок за допомогою металевого зонду, із розрахунку 4 мл/кг маси тіла протягом 30 діб. Пектин вводили через зонд у шлунок із розрахунку 0,2г/100 г маси тіла (6 тварин), препарат порівняння – порошок вугілля активованого 0,25г/100г (6 тварин), починаючи з 14 доби від початку експерименту. Оцінювали виживання, кількість еритроцитів та гемоглобіну, білковосинтезуючу функцію печінки шляхом визначення кількості білку та альбумінів у сироватці крові, рівень холестерину. Отримані показники порівнювали з такими інтактних тварин.

Результати дослідження. Летальність тварин спостерігалась тільки у контрольній групі і становила 16,6%. Кількість еритроцитів та рівень гемоглобіну були найменшими у контрольній групі тварин, що отримували етанол внутрішньошлунково і становили відповідно $3,97 \pm 0,08$ Т/л та $128,4 \pm 1,3$ г/л. Показники у дослідних

групах з використанням пектину та карболону, були дещо вищими за контрольну, але різниця не була вірогідною ($p > 0,05$). Дослідження білковосинтезуючої функції печінки продемонструвало суттєве зменшення рівня загального білку та альбумінів у сироватці крові тварин контрольної та дослідних груп, але статистично вірогідною ($p < 0,05$) була різниця тільки між групою інтактних ($65,4 \pm 9,2$ г/л) та контрольних тварин ($54,4 \pm 1,5$ г/л). Визначення рівня холестерину у сироватці крові виявило збільшення його кількості у сироватці крові всіх тварин, що отримували алкоголь (контрольна та дослідні групи тварин), однак, тільки у групі із застосуванням пектину різниця була вірогідною порівняно з нелікованими алкоголізованими тваринами ($1,88 \pm 0,08$ ммоль/л до $2,19 \pm 0,14$ ммоль/л) ($p < 0,05$).

Висновки. При моделюванні хронічної алкогольної інтоксикації у щурів встановлено, що етанол викликає у тварин зменшення кількості еритроцитів та гемоглобіну, пригнічує синтез білка та збільшує рівень холестерину. При застосуванні досліджуваного засобу – яблучного пектину та препарату порівняння карболону відзначали позитивний вплив на перебіг токсичної реакції на алкоголь.

Є.В. Неймановський

ЗАБОРОНЕНІ ГРУПИ ПРЕПАРАТІВ У СПОРТІ ВСЕСВІТНІМ АНТИДОПІНГОВИМ АГЕНСТВОМ

Кафедра фармакології

О.В. Грималовська (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Наразі, однією із ключових проблем для професіонального спорту є використання допінгових препаратів. За останні десятиліття значно виросла кількість спортсменів, які зловживають ними для покращення своїх результатів. У 1999 році за участі Міжнародним Олімпійським Комітетом була створене Всесвітнє антидопінгове агентство (ВАДА), діяльністю якого є координація боротьби з допінгом у спорті.

Мета: Наочно показати перелік груп препаратів, що є забороненими за рішенням ВАДА від 1 січня 2017 року. Дослідити основні фармакологічні ефекти, які вони викликають, можливі негативні наслідки від їх використання, а також їхню роль у повсякденному житті.

Матеріали та методи: Основні матеріали були взяті із офіційного документу World Anti-Doping Agency Prohibited List January 2017.

Результати: Було визначено 5 груп фармакологічних засобів, які заборонено до використання увесь час. До першої групи належать екзогенні та ендогенні анаболічні андрогенні стероїди (1-андростендіол, метандіенон, болденон, дигідротестостерон). До другої групи належать агоністи рецепторів еритропоетину (асіало еритропоетин), стабілізатори НІФ (кобальт, аргон, ксенон), гонадотропний та лютенізуючий гормони, кортикотропіни, гормони росту. До третьої групи – бета-2-агоністи (сальбутамол, фенотерол). До четвертої групи – інгібітори ароматази (анастрозол), селективні модулятори рецепторів естрогенів (тамоксифен), антиестрогенні (циклофеніл), інгібітори міостатину, модулятори метаболізму (триметазидин, інсулін). До п'ятої групи – діуретики (етакринова кислота). Групи препаратів, які заборонені лише у період змагань: стимулятори ЦНС (амфетамін, мезокарб, фенкамін, епінефрин), наркотики (метадон, морфін), каннабіноїди (маріхуанна), глюкокортикостероїди. Алкоголь та бета-блокатори (бісопролол, метопролол) заборонено використовувати лише в окремих видах спорту, таких як автоспорт, стрільба із лука, більярдний спорт, дарст, гольф, підводне плавання. Проте заборона цих засобів не завжди є абсолютною. Спортсменам дозволяється використовувати вище зазначені групи препаратів при наявності супутніх захворювань, які корегуються ними.

Висновки: Було визначено, що сьогодні у якості допінгу доступна велика група речовин, використання яких корегується ВАДА. Більшість цих засобів можна знайти у вільному продажі, тому питання боротьби із використанням цих речовин у спорті залишається актуальним, незважаючи на суворі антидопінгові заходи. Бездумне використання деяких груп препаратів ставить під загрозу життя спортсмена під час виступу і може призвести до його смерті.

О.М. Ніколова

МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ, КОМОРБІДНІЙ З ОЖИРІННЯМ, ПРОВОКУЮТЬСЯ ГОРМОНАМИ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ

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: Бронхіальна астма (БА) — глобальна проблема світової охорони здоров'я від якої страждають 300 млн осіб. Зростає поширеність БА і ожиріння: починаються в дитинстві, де існує вплив специфічних нутрієнтів і материнського харчування, паттерна колонізації кишечника, рівня адипокінів у ранньому онтогенезі та ін. чинників. Частота госпіталізацій пацієнтів при ожирінні у 2-4 рази більше, а потреба в системній ГКС-терапії у пацієнтів з поєднанням БА і ожиріння – майже вдвічі вища.

Мета: провести огляд літературних даних щодо показників гормонального дисбалансу та маркерів запалення при БА, коморбідній з ожирінням.

Матеріали та методи: проаналізувати дані літературних джерел за останні 10 років.

Результати: Жирова тканина є джерелом секреції прозапальних медіаторів – адипокінів, цитокінів (ЦК), TNF- α , IL-4, IL-5, IL-6, IL-13, судинного ендотеліального фактору росту. При ожирінні пригнічується синтез протизапальних ЦК – адипонектину і IL-10. У хворих на БА, що мають нормальну м.т. (1 група) рівень лімфоцитів (ЛЦ) був нижче на 15% ($p < 0,05$), зниження популяції Т-ЛЦ на 21% ($p < 0,01$), Т-хелперів на 14% ($p < 0,01$) і підвищення популяції В-ЛЦ на 32% ($p < 0,002$) в порівнянні з контролем. Такі ж зміни характерні для БА 2 групи. При порівнянні з хворими 1 групи, було збільшення рівня ЛЦ на 23% ($P < 0,05$) і CD3+ на 13% ($p < 0,05$). Таке збільшення Т-хелперів може сприяти синтезу прозапальних ЦК. Характерне збільшення маркерів CD8+ при БА та ожирінні. Імунорегуляторний індекс (CD4/CD8) найнижчий у хворих 2 групи ($p < 0,01$). В популяції БА з ожирінням збільшується кількість Т-ЛЦ. Надлишковий рівень вісцерального жиру сприяє антигенній стимуляції Т-клітинних рецепторів, збільшує компоненти алергічного запалення. При atopічній БА (АБА) проти неatopічної (НАБА) вперше виявлено високий вміст лептину (Л) в мокроті та у 3 рази вищий його рівень у крові. У хворих на АБА з ІМТ < 25 кг/м² рівень Л в мокроті/рівень у плазмі у 10 разів вищий, ніж при АБА з ІМТ ≥ 25 кг/м². При НАБА зберігаються аналогічні співвідношення. Поява Л в мокроті обумовлена пасивною дифузиею Л з плазми в бронхи. Його вміст в мокроті, розрахований за індексом (рівень резистину в мокроті/рівень резистину в плазмі), корелює з плазмовим вмістом Л, із зворотною залежністю при обох варіантах БА. Кореляційний аналіз зв'язків між індексом (рівень адипонектину в мокроті/в плазмі) і ФЗД виявляє безпосередню залежність від бронхіальної прохідності. Тракткування цих кореляційних зв'язків припускає елімінаційний, протективний механізм умовного «кліренсу», циркулюючого в плазмі крові Л при БА. Л впливає на запалення через посилення синтезу лейкотрієнів альвеолярними макрофагами і ЛЦ, це підтверджено в дослідженнях: регуляторний вплив Л на систему IL, а саме підвищення продукції IL-3, IL-6 і TNF- α , експресії молекул адгезії на ендотеліальних клітинах.

Висновки: Здатність Л індукувати Т-імунну відповідь і продукцію ЦК у природних умовах і в пробірці дозволяє вважати його посередником між жировою тканиною і запальним процесом.

Д.В. Остапчук

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНОГО МАРКЕТИНГУ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ КОМПАНІЯМИ

Кафедра соціальної фармації

А.В. Волкова (к.фарм.н., доц.)

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: На сьогодні практичної реалізації у діяльності фармацевтичних компаній набули різні маркетингові стратегії, які, незважаючи на широке поширення, так і не отримали єдиного визначення у сучасній науці та практиці. Однією з таких соціально-орієнтованих стратегій, яка застосовується на сучасному ринку товарів і послуг, включаючи фармацевтичні, є соціальний маркетинг.

Мета: Метою нашої роботи стало проведення аналізу сучасних форм соціального маркетингу, які використовуються фармацевтичними компаніями на ринку України.

Матеріали та методи: Під час дослідження використано аналітичний, порівняльний методи, а також методи маркетингових досліджень.

Результати: Проведено аналіз однієї з форм реалізації соціального маркетингу – соціальних програм, які пропонуються операторами фармацевтичного ринку для кінцевих споживачів. Встановлено, що виробниками лікарських препаратів (ЛП) пропонується кілька програм, цільовою групою яких є соціально незахищені верстви населення з захворюваннями легень, серцево-судинної системи, ревматологічними, ендокринними захворюваннями, цукровим діабетом. Враховуючи медико-соціальні показники в Україні, зокрема, захворюваності та смертності, для подальшого дослідження нами обрано дві програми: «Орандж Кард» компанії «ГласкоСмітКляйн» (Великобританія) і «Заради Життя» компанії «Пфайзер» (США).

Метою програми «Орандж Кард» є підвищення доступності сучасних інноваційних ЛП для соціально незахищених груп населення, які хворіють на бронхіальну астму, ЛП-учасниками програми – «Серетид Діскус» і «Серетид Евохалер». За результатами розрахунків вартості лікувальної дози «Серетид Діскус» встановлено, що за умови його придбання у рамках програми економія на місяць лікування складе 919 грн, на рік – більше 11000 грн., а при лікуванні «Серетид Евохалер» – 460 грн. і 5500 грн. відповідно.

Мета програми «Заради життя» – підвищення доступності оригінальних ЛП, які застосовуються для лікування серцево-судинної патології, ревматологічних, ендокринних захворювань і еректильної дисфункції. Нами розрахована сума економії при лікуванні захворювань серцево-судинної системи ЛП-учасниками зазначеної програми – «Серміон», «Норваск» і «Липримар». Встановлено, що за умови придбання ЛП «Серміон» у рамках програми економія становить 100 грн. на місяць і 1200 грн. на рік, для ЛП «Норваск» - до 250 грн. і 3000 грн. відповідно, для

ЛП «Липримар» - до 440 грн. і 5640 грн. відповідно, а для ЛП «Інспра» - 800 грн. і 9600 грн. відповідно.

Висновки: За результатами аналізу впроваджених соціальних програм «Орандж Кард» і «Заради Життя» встановлено, що робота фармацевтичних компаній у зазначеному напрямку охоплює найбільш соціально значущі захворювання і допомагає вирішувати проблеми економічної доступності ЛП для населення шляхом впровадження принципів соціального маркетингу у фармації.

Д.-М.В. Пазюк, Н.С. Бурда

ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ СУМИ ОРГАНІЧНИХ КИСЛОТ В СИРОВИНІ МОРКВИ ПОСІВНОЇ СОРТІВ «ЯСКРАВА» ТА «НАНТСЬКА ХАРКІВСЬКА»

Кафедра хімії природних сполук

І.О. Журавель (д.фарм.н., проф.)

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Морква посівна – харчова культура, яка широко культивується в багатьох країнах світу. Існує багато сортів цієї рослини, але найбільш поширеними серед сортів, що культивуються в Україні, є «Яскрава» та «Нантська харківська».

Відомо, що органічні кислоти проявляють антимікробну, протизапальну, жовчогінну активність. Тому для поглибленого фітохімічного аналізу моркви посівної актуальним є проведення визначення кількісного вмісту суми органічних кислот в сировині цієї рослини.

Мета: Метою роботи було проведення визначення кількісного вмісту суми органічних кислот у траві та коренеплодах моркви посівної 1 року сортів «Яскрава» та «Нантська харківська».

Матеріали та методи: 5 г (точна наважка) подрібненої сировини вміщували у колбу місткістю 250 мл, заливали 200 мл води і витримували протягом 2 год на киплячій водяній бані, охолоджували, кількісно переносили у мірну колбу місткістю 250 мл, доводили об'єм водою до позначки і перемішували (розчин А).

10 мл розчину А вміщували у колбу місткістю 500 мл, додавали 250 мл свіжопрокип'яченої води, 2 краплі 1% спиртового розчину фенолфталеїну, 1 краплю 0,1% розчину метиленового синього і титрували розчином натрію гідроксиду (0,1 моль/л) до появи в піні лілово-фіолетового забарвлення.

Результати: За результатами проведеного дослідження встановлено, що трава моркви посівної сорту «Яскрава» містить $5,48 \pm 0,23\%$ органічних кислот, коренеплоди цього сорту – $5,35 \pm 0,20\%$, трава сорту «Нантська харківська» – $5,41 \pm 0,22\%$, коренеплоди даного сорту – $4,95 \pm 0,18\%$. Як видно з приведених даних, кількісний вміст суми органічних кислот у всіх досліджуваних об'єктах був приблизно на однаковому рівні.

Висновки: Отримані дані можуть бути використані при розробці відповідних розділів методів контролю якості.

Н.В. Петришин, А.Я. Сірак, І.Я. Бровчук

ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ НОВИХ ПОХІДНИХ ІМІДАЗОЛ-ТІАЗОЛІДИНОВИХ ГІБРИДНИХ СТРУКТУР ПРИ ЕНТЕРАЛЬНОМУ ВВЕДЕННІ

Кафедра фармакології

Л.М. Шеремета (д.мед.н, проф.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: В медицині широко використовуються лікарські засоби, діючою речовиною яких є похідні імідазолу: метронідазол, клотримазол, імідазол, орнідазол, кофеїн, етимізол та ін. Усі вони відносяться до різних фармакологічних груп зі своїми показами, протипоказами та побічною дією. З розвитком сучасної хімії і фармакології синтезовано багато похідних імідазолу, створено ефективні методи одержання нових типів функціональнозаміщених імідазолів, як ключових об'єктів для подальших синтетичних, структурних та біомедичних досліджень. Але нові синтезовані сполуки потребують особливого дослідження на токсичність.

Мета: Визначення параметрів гострої токсичності нового похідного 5-[(1-арил-4-хлоро-1H-імідазол-5-іл)метилен]-1,3-тіазолідин-2,4-діонів при введенні та вивчення можливих фармакологічних ефектів.

Матеріали та методи: Початкове прогнозування параметрів гострої токсичності досліджуваної сполуки було проведено за допомогою програми GUSAR з використанням моделей QSAR. Експериментальне дослідження гострої токсичності було виконано на 22 білих безпородних щурах, масою 150-180 г, які були випадково розподілені на 3 групи: «Інтактні» (6 тварин); «Дослід 1400 п/о» (10 тварин), яким досліджувану сполуку (ДС) вводили у шлунок за допомогою зонда у 2% крохмальному гелі з розрахунку 1400 мг/кг маси тіла; «Дослід 1600 п/о» (6 тварин) - котрі відповідно отримували ДС у дозі 1600 мг/кг маси тіла таким же шляхом одноразово. Спостереження за тваринами проводили протягом 14 діб і враховували загальний стан тварин, поведінкові реакції, динаміку зміни маси тіла, час виникнення та характер інтоксикації, її важкість та зворотній розвиток, а також терміни загибелі щурів. Розрахунок LD₁₆, LD₅₀, LD₈₄ та LD₁₀₀ здійснювали методом найменших квадратів із використанням пробіт-аналізу.

Результати: За результатами прогнозування параметрів гострої токсичності у програмі GUSAR було визначено, що LD50 при пероральному введенні – 1412 мг/кг маси тіла. Одразу після введення сполуки було відмічено незначне пригнічення тварин, що супроводжувалось зменшенням рухової активності та відмовою від прийому їжі і води на протязі перших 3-4 годин. Через 5 годин вказані симптоми зникали і поведінкові реакції нормалізувались. На протязі наступних 14 діб загибелі тварин не було, LD50 у даній групі тварин визначити не вдалося. В групі тварин “Дослід 1600 п/о” загинула 1 тварина через 10 годин після введення ДС. Перед загибеллю у даної тварини спостерігали підвищену рухову активність, різкі скорочення м’язів. Розрахункові параметри гострої токсичності склали: LD100=1718,06 мг/кг.

Висновки: За допомогою програмного забезпечення GUSAR проведено розрахунки гострої токсичності для похідного імідазол-гіазолідинових структур, що дало можливість віднести ДС до IV класу токсичності при пероральному введенні. При пероральному введенні ДС експериментальній групі тварин у дозі 1400 мг/кг загибелі тварин не спостерігали, при введенні 1600 мг/кг відмічено загибель 1 тварини. Визначити LD50 не вдалось.

Л.В. Петришина, В.В. Айф

ДЕФІЦИТ ТА НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ D ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О. Клекот (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема дефіциту вітаміну D (VitD) сьогодні торкається не лише педіатрії, але й дорослого населення. Результати досліджень показали, що лише 4,6 % жителів України мають достатній рівень VitD в плазмі крові, у 13,6% населення виявлено його недостатність, а для 81,8 % — характерний дефіцит цього вітаміну. Світові дослідження вказують на те, що низький рівень VitD в організмі асоціюється з високим ризиком розвитку артеріальної гіпертензії (АГ), коронарної хвороби серця, кардіоміопатії та серцевої недостатності.

Ядерні рецептори до вітаміну D (VDR) були ідентифіковані в різних органах, зокрема в серці, судинах, ендотелії, головному мозку, нирках. Взаємодіючи з цими рецепторами, VitD на генетичному рівні може змінювати процеси клітинної проліферації та диференціації, явища апоптозу та мембранного транспорту, а також регулювати матриксний гомеостаз. Експериментально було доведено значення VDR в процесах активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та регуляції системного артеріального тиску. Атерогенез в судинах теж регулюється через VDR сигнальний механізм макрофагів. Активні метаболіти VitD здатні зменшувати синтез реніну шляхом пригнічення активності його відповідного гену. Експресія гену тромбомодуліну, що має важливе значення в процесах тромбозу при кардіо-васкулярній патології, також модулюється активними формами вітаміну. Варто зазначити, що епігенетична регуляція процесів запалення в організмі теж забезпечується через VDR-залежні шляхи. Отже, значення VitD при хворобах серця та судин не викликає сумнівів.

Мета: Визначити поширеність недостатності та дефіциту VitD серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи: Обстежено 17 хворих (10 жінок та 7 чоловіків) з АГ II – III стадії в умовах терапевтичного стаціонару м. Вінниці. Середній вік пацієнтів складав 61,5±1,2 роки. II стадія АГ була діагностовано у 10 (58%) осіб, а III– у 7 (42%) пацієнтів. Усім обстеженим досліджували рівень 25(OH)D у сироватці крові за допомогою електрохемилюмінесцентного методу в медичній лабораторії Synovo. В залежності від концентрації 25(OH)D розрізняли наступні стани: нормальний >75 нмоль/л (>30 нг/мл), недостатність – 50-75 нмоль/л (21-29 нг/мл), дефіцит – менше, ніж 50 нмоль/л (<20 нг/мл).

Результати: Серед обстежених недостатність та дефіцит вітаміну D був підтверджений у 88,2 % пацієнтів. Середній показник 25(OH)D складав 22,2±0,8 нг/мл. У жінок середній вміст 25(OH)D був на 18,5% менший, ніж у чоловіків. Пацієнти з АГ III ст. мали нижчі показники 25(OH)D, ніж хворі з АГ II ст.. – 19,6±1,1 нг/мл та 24,5±0,9 відповідно (p<0,05).

Висновки: Виявлено широку розповсюдженість гіповітамінозу вітаміну D серед пацієнтів з АГ. Жінки з АГ мають більш низькі показники концентрації 25(OH)D порівняно з чоловіками. При ускладнених формах АГ спостерігається дефіцит вітаміну D, тоді як більш легкі стадії супроводжуються його недостатністю. Отже, дефіцит вітаміну D може бути важливим фактором в розвитку АГ.

М.-Ю.І. Петришина, В.Ю. Коноваленко

ПЕРЕДОЗУВАННЯ І ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД КОФЕЇНОВІСНИХ НАПОЇВ СТУДЕНТІВ ВНМУ

Кафедра фармакології

Н.І.Волощук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кофеїн – це широко поширений у природі алкалоїд метилксантину. Понад 85% людей щодня

споживають його в складі продуктів і напоїв. Судити про кофеїнову залежність можна, враховуючи масову поширеність чаю і кави. Чашка еспресо містить 60 мг кофеїну при добовій нормі 30 мг в день, тому навіть людина, яка задовольняється щодня всього однією чашкою, є кофеїнозалежною. Тому представляло інтерес визначення частоти виникнення ознак передозування (наприклад, порушення сну, денна сонливість, тремтіння рук та ін.), а також залежності від кофеїну серед студентів ВНМУ, в яких такі напої є дуже популярними у зв'язку з напруженим ритмом життя.

Мета: Визначити основні зміни функціонального стану організму внаслідок тривалої кофеїнової залежності. Проаналізувати дані світової літератури щодо частоти виникнення випадків передозування, провезти аналіз зареєстрованих випадків фатального кофеїнового отруєння. Методом анкетування виявити частоту кофеїнової залежності серед студентів ВНМУ та розробити рекомендації щодо зниження дози у разі виявлення ознак зловживання кофеїновмісними напоями.

Матеріали і методи: Для вивчення проблеми використовували метод анкетування, а також загальноклінічні методи визначення стану серцево-судинної та нервової системи. Кількісні показники опрацьовували математично-статистичним методом.

Результати: Шляхом анкетування визначено, що серед 158-ти опитуваних, 76% студентів кожного дня у середньому вживає близько 3-х чашок кави (чашка-240 мл), що еквівалентне близько 420 мг кофеїну. 9% студентів, котрі вживають більше 560 мг кофеїну на день - це група надмірного споживання кави. 15% не вживає кави, з яких 5% у зв'язку з протипоказами через стан здоров'я. Також було з'ясовано, що 50% студентів вживає одну чашку чаю, яка містить 30-40 мг кофеїну. 20% опитаних вживає не менше 3-х чашок чаю на добу, що відповідно дорівнює 120 мг кофеїну, а 30% - взагалі не вживає чай. Серед 11 основних ознак передозування кофеїну, 40% студентів визначали виникнення 4-5 симптомів, а саме: порушення сну, неспокій, збудливість посмикування м'язів. Інші 60% заперечують їх прояви навіть при перевищенні денної норми кофеїну в 4,5 рази. Оцінивши ризики, які виникають при передозуванні цими напоями, розроблено рекомендації щодо раціонального зниження дози кофеїну.

Висновок: Кофеїн – це стимулятор ЦНС, який споживають люди на регулярній основі у вигляді різних напоїв. Однак у великих дозах цей алкалоїд здатен викликати глибокі токсичні враження організму. На прикладі студентів ВНМУ було доведено, що явище залежності від кофеїновмісних засобів набуло надзвичайної поширеності і майже 40% опитуваних мають ознаки передозування. Незважаючи на відсутність ознак отруєння кофеїном у більшості людей, існує великий ризик отримати токсичні враження основних систем організму та виникнення таких патологій, як дихальна недостатність, судоми, рабдоміоліз, фібриляція шлуночків і, навіть, судинний колапс.

М.В.Писарцова, Т.Ю.Повшедна

ПРОТИВІКОВА ТЕРАПІЯ: ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД

Кафедра фармакології

С.В. Біговщиць (ас.)

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

Актуальність: Створення фармакологічних агентів, що впливатимуть на функції клітин, пов'язані з старінням, а також на безпосередні його прояви – так звані «противікові препарати», наразі знаходяться в центрі досліджень геронтологічної науки. Стрімкий ріст геронтологічної фармакології відмічається в останні 20 років, і першим кроком до прогресу стало розпізнання структур та метаболічних шляхів, на які можна впливати. В свою чергу, здійснити це дозволила генетика, що вдало поєднала більшість взаємовідносин «структура-функція» в людському організмі. Як виявилось, генів, а відповідно і метаболічних шляхів, що регулюють процес природнього старіння – велика кількість. А отже, і можливостей до фармакологічного впливу на них також багато.

Мета: Дослідити спектр механізмів на клітинному, субклітинному та молекулярному рівнях, які регулюють процеси старіння клітини і цілого організму, і на які можна впливати фармакологічно. В ході опрацювання джерел, визначити основні групи препаратів, що на етапі доклінічних досліджень показали найкращі результати, і можуть бути практично застосовані в медичних цілях. Сформулювати основні принципи противікової терапії та спектр її доцільного застосування.

Матеріали та методи: Огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють проблему механізмів старіння, противікової терапії та геронтологічної фармакології.

Результати: Дослідженнями останніх років показано, що декілька груп хімічних агентів можуть бути терапевтично ефективними. Зокрема, препарати, що зменшують використання калорій клітинами – ресвератол, рапаміцин, метформін; антиоксиданти (вітамін А,С,Е, кверцетин, мелатонін, коензим Q10); індуктори аутофагії (спермідин), сенолітики, речовини рослинного походження- куркумін, геністеїн, катехіни. Крім того, розвиток біотехнологій дозволив підійти до вирішення питання з іншого боку – поєднання наночастинок на основі куркуміну з пептидом Tet-1, який має високу афінність до нейронів і впливає на ретроградний транспорт; а також мітохондріально-селективний антиоксидант SkQ1 на рівні доклінічних випробувань є

ефективними у лікуванні хвороби Альцгеймера, що напряду пов'язано із старінням.

Висновки: Всі фармакологічні агенти, які є потенційно терапевтично ефективними противіковими засобами, є мультифункціональними, і впливають на декілька клітинних процесів та метаболічних шляхів. Саме тому, враховуючи мультисистемний вплив, встановлення достовірного впливу на старіння є складним завданням. Крім того, подальших досліджень потребує питання надмірного вживання засобів даних груп та їх ефектів на функціональний та морфологічний стан людського організму. Висновки щодо таких фундаментальних питань мають робитись виключно на основі мета-аналізу подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень.

М.І. Піщуліна

ВИКОРИСТАННЯ РОЗУВАСТАТИНУ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ЩО МАЮТЬ ВИСОКИЙ РИЗИК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

І.О. Дорошкевич (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця Україна

Актуальність: Артеріальна гіпертензія часто зустрічається у поєднанні з іншими антропометричними та метаболічними порушеннями, що включають абдомінальне ожиріння, дисліпідемію, зниження толерантності до глюкози та інсулінорезистентність, гіперурикемію. Сукупність цих ознак зустрічається у клініці частіше, ніж окремі її компоненти, що підтверджує існування окремого патологічного стану, так званого метаболічного синдрому. Вважається, що при цьому підвищується ризик кардіоваскулярних подій за рахунок як сукупності факторів, що формують індивідуальний ризик, так і таких чинників, як гіперурикемія, прозапальні стани, погіршення фібринолізу, оксидативний стрес, що часто супроводжують їх.

Мега дослідження: Вивчити вплив розувастатина на ліпідний обмін у хворих з артеріальною гіпертензією, що мають високий ризик серцево-судинних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження: В спостереженні брали участь 70 хворих (25 чоловіків, 45 жінок), середній вік яких 57 ± 2 років з артеріальною гіпертензією 1-2 ступеня, для корекції якої використовувалась традиційна гіпотензивна терапія. У всіх хворих виявлені порушення ліпідного обміну. Пацієнти мали метаболічний синдром та раніше не отримували статини. Всім пацієнтам був призначений розувастатин (Роксера) в дозі 10 мг/добу. На початку дослідження та через 3 тижні лікування проводили визначення рівня холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ, ЛПВЩ.

Результати дослідження: До лікування середній показник загального холестерину склав $7,57 \pm 2,6$ ммоль/л, середній показник ЛПНЩ $4,96 \pm 3,20$ ммоль/л, середній показник ЛПВЩ $1,82 \pm 0,17$ ммоль/л, середній показник тригліцеридів $2,90 \pm 0,7$ ммоль/л. Через три тижні лікування середній показник загального холестерину склав $4,99 \pm 2,4$ ммоль/л, середній показник ЛПНЩ $1,76 \pm 2,20$ ммоль/л, середній показник ЛПВЩ $1,64 \pm 0,17$ ммоль/л, середній показник тригліцеридів $1,51 \pm 0,5$ ммоль/л. Через 3 тижні лікування цільових показників досягли 85% хворих.

Висновки: Розувастатин змінює показники ліпідного обміну вже протягом 3 тижнів, причому більшість пацієнтів досягають цільових значень в дозі 10мг/добу. Таким чином розувастатин можна успішно використовувати в лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією, з високим ризиком серцево судинних ускладнень.

Н.В.Плющик, К.Й.Баркасі

АЛЬТЕРНАТИВНІ НАПРЯМИ ВИКОРИСТАННЯ АНТИЛЕЙКОТРИЄНОВИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Близько 40% жителів нашої планети страждають алергічними реакціями, серед яких провідне місце займає дермато-респіраторний синдром (поєднання бронхіальної астми (БА) з atopічним дерматитом (АД)).

Мета: проаналізувати механізм дії антилейкотрієнових препаратів, доцільність їх використання для лікування таких захворювань: БА, ХОЗЛ, алергічний риніт (АР), atopічний дерматит (АД), хронічна кропив'янка серед дітей та дорослого населення.

Матеріали та методи: аналіз сучасних наукових джерел з можливістю подальшого їх дослідження на базі ПМК №1 та міської лікарні «Центр матері і дитини».

Результати: Досліджено, що антилейкотрієнові препарати – новий клас засобів, які зменшують прояви запального процесу інфекційної, вірусної та алергічної етіології, оскільки лейкотрієни (ЛТ) – біологічно активні ліпідні медіатори з групи ліпооксигеназних ферментів (5-ЛОГ) арахідонової кислоти, що беруть участь в алергічних реакціях негайного типу. Серед цих препаратів розрізняють прямі інгібітори 5-ЛОГ (Зилеутон);

інгібітори 5-ЛОГ-активуючого протеїну, що попереджають з'єднання мембранозв'язуючого білка з арахідоною кислотою (МК-0591, МК-886, ВАУх1005); антагоністи цистеїніл-лейкотрієнових рецепторів (Зафірлукаст, Монтелукаст, Пранлукаст, Побілукаст, Верлукаст); антагоністи рецепторів Лт В4 (i-75). Препарат Монтелукаст, впливаючи на цистеїніл –лейкотрієнові – 1 рецептори, знімає спазм гладкої мускулатури судин та бронхіол, зменшує набряк, уповільнює процеси міграції макрофагів та еозинофілів, інгібує процеси виділення слизу (БА); зменшує об'єм пухирів при лікуванні кропив'янки, резистентної до антигістамінних засобів; інгібує трансформацію клітинами епідермісу Лт А4, що синтезується гранулоцитами, у Лт В4 та С4, зменшуючи свербіж, усуваючи порушення сну, нормалізуючи рівень сироваткового ІgЕ (АД). За експериментальними даними (ConchadelRio L.E., Arroyave С.М., 2003) шкірна сенсibiliзація до алергенів може викликати розвиток гіперреактивності дихальних шляхів, оскільки одним з факторів ризику БА вважається atopічний дерматит, що є початковим етапом «атопічного маршруту»: АД – АР – БА чи АД – БА – АР чи БА. Інгібуючи розвиток АД, можна попередити виникнення БА чи знизити ступінь важкості БА чи АР.

Висновки: Антилейкотрієнові препарати завдяки системній біоактивності ефективні при шкірних проявах алергії, ринокон'юнктивальному синдромі, допомагають контролювати прояви atopічних захворювань, використовуються при непереносимості препаратів основної групи, дозволяють знизити їх дозування, що є підґрунтям для їх застосування при захворюваннях алергічно-інфекційного генезу.

О.Д. Подлесна, Я.С. Марцевич

ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра фармацевтичної хімії

Т. І. Ющенко (к.хім.н., доц.), О. В. Зарічанська (к.фарм.н., ас.), М. А. Дученко (к.фарм.н., доц.), О. О. Давиденко (к.фарм.н, доц.), Н. С. Недорезанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Законодавство України у галузі охорони здоров'я визначає гомеопатичні препарати як лікарські засоби. Базуючись на принципах подібності та потенціювання, гомеопатичний метод лікування на сьогоднішній день набуває все більшої розповсюженості та прихильності лікарів і пацієнтів. Однак, зважаючи на особливості приготування даних препаратів, виникають питання щодо методів встановлення якості гомеопатичних та антигомотоксичних препаратів – матричних настоянок (материнських тинктур), що фактично є спиртовими витягами переважно із рослинної сировини у співвідношенні 1:10, субстанцій (солей, кислот та ін.), а також готових препаратів, які являють собою потенції (розведення) матричних настоянок або субстанцій. Відомо, що потенції D24/C12 і більші мають виключно інформаційний вплив на живий організм, оскільки біологічно активні речовини, відповідальні за прояв ефектів, у них не визначаються методами якісного і кількісного аналізу. Тому виникає проблема встановлення параметрів стандартизації гомеопатичних лікарських засобів.

Мета: Встановити можливість стандартизації гомеопатичних препаратів, отриманих на основі рослинної сировини з вмістом рутину, – матричних настоянок, потенцій D1, D24 та C12, за кількісним вмістом суми флавоноїдів в перерахунку на рутин.

Матеріали і методи: Досліджували 12 зразків гомеопатичних препаратів – матричні настоянки квіток гречки, акації та плодів софори, а також їх D1, D24 та C12 потенції. Методом паперової хроматографії в досліджуваних зразках ідентифікували рутин. Зразки, в яких встановлена наявність рутину, використовували для спектрофотометричного визначення кількісного вмісту суми флавоноїдів у перерахунку на рутин.

Результати: Встановлено, що максимум поглинання рутину, що міститься в матричних настоянках квіток гречки, акації та плодів софори, а також D1, D24 потенції кожної з них після утворення забарвленого комплексу з алюміній (III) хлоридом у середовищі 45-70% етанолу спостерігається при довжині хвилі 415 нм. Відсутність виражених максимумів поглинання для усіх зразків C12 потенції свідчить про відсутність рутину в даному розведенні. Експериментально встановлено, що вміст рутину в трьох досліджуваних зразках матричних настоянок коливається від 12 % до 30 %.

Висновки: Результати досліджень свідчать, що зі збільшенням потенціювання гомеопатичні лікарські засоби втрачають молекулярний механізм впливу за рахунок повної відсутності діючих речовин. Водночас, можна впевнено стверджувати про перспективність використання матричних настоянок квіток гречки, акації та плодів софори як потенційних джерел біофлавоноїдів та розробки на їх основі сучасних фітопрепаратів.

В.В. Процька, О.А. Кисличенко
ВИЗНАЧЕННЯ ЧИСЛОВИХ ПОКАЗНИКІВ КОРЕНЕВИЩ З КОРЕНЯМИ, ЛИСТЯ ТА КВІТОК
ХОСТИ ПОДОРОЖНИКОВОЇ

Кафедра хімії природних сполук

І.О. Журавель (д.ф.н., проф.)

Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Хоста подорожникова (*Hosta plantaginea* (Lam.) Ascher.) – популярний в садівництві полікарпик, який цінується, перш за все, за декоративність листя. Побутовими назвами цієї рослини є лілія-подорожник, осіння лілія, ліліас. За літературними даними хімічний склад цієї рослини представлений агліконами і глікозидами гітогеніну, F-гітоніну, тігогеніну, кверцетину та ейкозаною кислотою. Китайські вчені ізолювали алкалоїди хостазин, лікорин, норсангвінін та ін. Виділені сполуки хости подорожникової в експерименті проявляли протизапальну, антибактеріальну, протигрибкову, противірусну, антиацетилхолінестеразу та протипухлинну дії. В Україні хоста подорожникова є неофіційною рослиною і потребує більш детального фармакогностичного вивчення. **Мета:** З метою стандартизації сировини було визначено числові показники кореневищ з коренями, листя та квіток хости подорожникової.

Матеріали і методи: Визначення числових показників, зокрема втрати в масі при висушуванні, золи загальної та золи, нерозчинної в 10% хлористоводневій кислоті, проводили гравіметричним методом в різних серіях сировини в п'яти аналітичних пробах сировини масою 2 г (точна наважка). Для визначення втрати в масі при висушуванні використовували завчасно доведені до постійної маси бюкси і в подальшому висушували їх разом з пробою сировини в сушильній шафі до постійної маси. При визначенні вмісту золи загальної сировину поміщали в попередньо доведені до постійної маси фарфорові тиглі і спалювали в муфельній шафі. Після доведення золи загальної до постійної маси, мінеральний залишок обробляли 10% кислотою хлористоводневою і фільтрували. Фільтр з осадом поміщали в той же тигель і знову спалювали. Отриманий залишок силікатів та кремнезему висушували до постійної маси. Висушування до постійної маси проводили в сушильній шафі при температурі 100-105°C. Постійна маса вважалась досягнутою, якщо різниця між двома послідовними зважуваннями після 30 хвилин висушування та подальшим охолодженням протягом 30 хвилин в ексікаторі не перевищувала 0,0005 г.

Результати: За результатами проведених експериментів встановлено, що втрата в масі при висушуванні для кореневищ з коренями хости подорожникової склала $12,99 \pm 0,07\%$. Для Листя та квіток досліджуваної рослини цей показник дорівнював $12,84 \pm 0,09\%$ та $12,07 \pm 0,07\%$ відповідно. Вміст золи загальної в кореневищах з коренями хости подорожникової відповідав $7,55 \pm 0,12\%$, а золи, нерозчинної в 10% хлористоводневій кислоті – $3,64 \pm 0,09\%$. Для листя ці показники були на рівні $9,82 \pm 0,19\%$ для золи загальної та $1,28 \pm 0,03\%$ для золи, нерозчинної в хлористоводневій кислоті. Значення вмісту золи загальної в квітках досліджуваної рослини становило $8,37 \pm 0,06\%$ і $1,29 \pm 0,03\%$ для золи, нерозчинної в хлористоводневій кислоті.

Висновки: Отримані дані можуть бути використані при розробці методик контролю якості на лікарську рослинну сировину.

О.В. Рибчич, А.Є. Бухштаб

ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ОПТИМІЗАЦІЇ

Кафедра фармакології

О.С. Пашинська (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність теми: За даними літератури, а також згідно з результатами анкетування лікарів і провізорів, в Україні 90–97% вагітних приймають лікарські засоби. Зокрема, у I триместрі найчастіше протиблювотні препарати, у II - антигістамінні та антибактеріальні, у III - седативні та діуретичні засоби. Протягом усього терміну вагітності більшість жінок застосовують препарати заліза та вітаміни. В середньому ембріон за час свого розвитку контактує з 18 лікарськими засоби, що в 5% випадків стає причиною формування у нього вроджених аномалій.

Мета: Проаналізувати безпечність використання найуживаніших груп лікарських засобів у жінок в період вагітності.

Матеріали та методи: Опрацювання вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з питань поширеності та безпечності використання вагітними жінками лікарських засобів в Україні та світі.

Результати: Вплив ліків на організм вагітної залежить від критичних періодів, які виділяють у внутрішньоутробному розвитку плода, зокрема:

1. Бластогенез та імплантація (перші 16 днів вагітності) - максимальний ризик токсичної дії лікарських засобів, загибель ембріона до встановлення факту вагітності;
2. Період плаценталії та органогенезу - дія лікарських засобів максимально проявляється в перші 3–6 тиж. після запліднення;

3. Передпологовий період (32–36 тиж.) - підвищена проникність плаценти. Лікарські засоби можуть змінити перебіг пологів і погіршити адаптацію новонародженого.

Найбільш відомі і поширені лікарські засоби, які мають негативні наслідки на плід: НПЗЗ - на ранніх термінах вагітності значно збільшується ризик мимовільних викиднів; пізні терміни можливе переносування дітей, ослаблення пологової діяльності, кровотечі. Антибіотики: тетрацикліни - гіоплазія зубної емалі, порушення росту кісток, дисколорація зубів; аміноглікозиди - вроджена глухота, нефротоксичний ефект; фторхінолони - артропатії; хлорамфенікол - агранулоцитоз, синдром Грея в неонатальному періоді. Антидепресанти: трициклічні - порушення з боку органів дихання, тахікардія, затримка сечі, дистрес-синдром новонародженого; інгібітори моноаміноксидази - сповільнення розвитку плода та новонародженого, порушення поведінкових реакцій. Інгібітори АПФ та антагоністи ангіотензину II – маловоддя, гіпотрофія, контрактури кінцівок, деформація лицьового черепа, гіоплазія легень. Резерпін - гіперемія слизової носа, гіпотермія, брадикардія, пригнічення ЦНС. Похідні бензодіазепіну - гіпотермія, артеріальна гіпотонія, роздвоєння і аномалії кінцівок. Вітамін D у великій дозі - кальцифікація органів.

Висновки: Негативні наслідки неконтрольованого вживання ліків вагітними дотепер є невирішеною проблемою у багатьох країнах світу. Для запобігання розвитку фатальних наслідків прийому вагітними лікарських засобів необхідно: індивідуально підбирати дозу лікарського засобу; обґрунтовувати комбінацію лікарських засобів із урахуванням їхньої взаємодії; зменшувати кількість ліків, які приймає вагітна; контролювати ефективність та безпеку лікування.

V.V. Savina

NEPHROPROTECTIVE ACTION OF CORVITINE AND EXSO IN RATS WITH ISCHEMIC REPERFUSION RENAL FAILURE

Department of Pharmacology

N.I. Voloshchuk (M.D., prof.)

Department of Foreign Languages, Latin Language and Medical Terminology

A.L. Yatsenko (sen. Lect.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: Ischemia reperfusion injury (IRI) is a major cause of acute organ dysfunction. Kidneys are sensitive to ischemia. IRI is defined as a risk factor for acute kidney injury in a variety of clinical situations, such as partial nephrectomy, renal transplantation, shock, sepsis, vascular surgery and other urologic conditions, which may lead to a high incidence of complications. The morbidity and mortality from renal IRI are still increasing. Therefore, an urgent problem is to improve treatment strategies that can prevent a significant number of deaths.

Objective: To evaluate the influence of agents containing plant polyphenols on the functional and biochemical indices of kidney status in rats on ischemia/reperfusion model.

Materials and methods: The experiments were carried out on 50 male Wistar rats weighting 300-330 g. Acute kidney injury was modeled by 45-minute bilateral occlusion of renal hilum with subsequent 24-hour reperfusion. The control group rats underwent incision of anterior abdominal wall followed by layered closure of the wound. The study group of animals received NaHS(3 mg/kg), corvitin(30 mg/kg), EXSO(500 mg/kg), and 0.9% NaCl solution for 5 days. To evaluate the functional status of kidneys proteinuria and enzymuria levels, nitrogen balance indices, glomerular filtration rate were determined. Indices of oxidante-antioxidante balance, H₂S content and cystathionine-gamma-lyase (CGL) activity were determined in kidney homogenates. The results obtained were calculated by the program "Statistica 8.0".

Results: Ischemic reperfusion kidney injury was shown to be followed by the development of renal failure signs: decreased diuresis in 2.1 times, increased protein content and GHTP activity in urine, reduced glomerular filtration rate (by 55%) with simultaneous increase of blood creatinine and urea in 2.6-3.5 times. Increased activity of NADPH oxidase(by 85%), malondealdehyde(in 2.2 times) and decreased activity of superoxide dismutase(by 45%) and glutathione peroxidase (by 39%) were registered in kidney homogenates. Statistically significant decrease of H₂S content(by 35%) and CGL activity(by 24.5%) were found. Preventive infusion of hydrogen sulfide donor as well as corvitin and EXSO to the animals significantly inhibited the development of azotemia, filtration insufficiency, damage of renal tubular apparatus, associated with their ability to restore the balance in pro-antioxidants system and to normalize H₂S production in kidneys. By the degree of nephroprotective action of substances studied the following consequence was found: EXSO>NaHS > corvitin.

Conclusions: Further studies are required to understand the impact of H₂S on kidney pathophysiology. As it is endowed with the properties of regulating blood flow, oxidative stress, and inflammation, H₂S should be investigated for its role in inflammatory and toxic diseases of the kidney. Further detailed study may identify the role of H₂S-system as a unique target for nephroprotection.

М.О. Салій, В.В. Дячишин, С.О. Росохай, Я.В. Джадан
ФІТОПРЕПАРАТИ В ЛІКУВАННІ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра фармакології
О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Однією зі складових жіночого здоров'я є нормальне функціонування репродуктивної системи. Тому своєчасне лікування будь-яких її порушень є запорукою збереження не тільки фізичного, а і психічного здоров'я жінки. На сьогоднішній день все більшого розвитку набуває використання препаратів рослинного походження для лікування гінекологічних захворювань.

Мета: Висвітлити можливості застосування фітопрепаратів в лікуванні дисгормональних гінекологічних порушень (дисменорея, передменструальний синдром, клімактеричні розлади, деякі форми безпліддя та ін.).

Матеріали і методи: Публікації в українських та закордонних фахових виданнях, присвячені зазначеній проблемі.

Результати: Відомо, що препарати рослинного походження містять різні біологічно активні речовини, які при достатньо виразному ефекті діють на організм більш м'яко, з меншою кількістю побічних явищ (наприклад, відсутні ефекти післядії та відміни). Так, існує група фітопрепаратів, які впливають на гіпоталамо-гіпофізарну систему. Стимулюючи D₂-дофамінорецептори на мембранах клітин гіпофіза, зменшують спонтанну та індуковану секрецію пролактину, що призводить до нормалізації менструального циклу. Це такі препарати, як Циклодинон (містить екстракт верболозу звичайного) та Мастодинон (містить екстракт вітексу священного). Вони використовуються для лікування порушень менструального циклу, передменструального синдрому, деяких доброякісних захворювань молочної залози. Крім цього, Мастодинон підвищує циклічну секрецію лютеїнізуючого гормону і прогестерону в другій фазі менструального циклу, що сприяє відновленню овуляції. Це і є сприятливою умовою для зачаття і настання вагітності. У складі препаратів Клімадинон та Клімактоплан (містять екстракт циміцифуги) є фітоестрогени, які мають виражений естрогенний вплив на гіпоталамо-гіпофізарний комплекс та незначну дію на периферичні тканини-мішені. Завдяки переважному зв'язуванню з β-рецепторами естрогенів у тканинах-мішенях, ці засоби можуть проявляти антиестрогенові ефекти, що створює безпечні умови їх застосування у пацієнок з естрогензалежними пухлинами. Аналогічно дією володіє препарат Менофікс (містить екстракти вітекса священного і циміцифуги), до складу якого, також входять антиоксиданти, вітаміни та мікроелементи. Негормональний препарат Трибестан (містить екстракт з якріців сланких) впливає на рівень фолікулостимулюючого гормону та естрадіолу і застосовується при ендокринному безплідді та клімактеричних розладах. Таким чином, сучасні фітопрепарати можуть стати альтернативою застосуванню гормональних засобів.

Висновок: Фітотерапія - перспективний напрямок в терапії гінекологічних захворювань, можливості якої суттєво розширюються за рахунок розвитку інноваційних технологій, які дозволяють створити в препараті максимальну кількість діючих речовин (фітоніринг).

Р. Л.Салій

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ПІСЛОНЕФРИТУ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
О.В. Кириченко (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: В структурі захворювань нирок домінують мікробно-запальні захворювання. В Україні відмічається поступове зростання поширеності та захворюваності на гострий пієлонефрит та урогенітальну патологію.

Мета: Оцінка ефективності та безпеки антибактеріальної терапії гострого неускладненого пієлонефриту в умовах стаціонару.

Матеріали та методи: Були проаналізовані дані історій хвороб пацієнтів, які перебували на лікуванні в урологічному відділенні Міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Вінниця з 17 лютого до 17 березня 2017 р. В цілому було проліковано 20 осіб з інфекційними запальними захворюваннями сечовидільної системи, що мали гострий перебіг. 70 % госпіталізованих склали хворі на гострий неускладнений пієлонефрит, серед них було 12 жінок та 2 чоловіка. Вік пацієнтів знаходився в межах 35 – 42 роки. Пацієнти отримували емпіричну антибактеріальну терапію: левофлоксацин дозою 500 мг/добу внутрішньовенно в комбінації з цефтріаксоном дозою 2 г/добу. В разі зменшення клінічної симптоматики через 72 години а також позитивних змін у аналізі сечі пацієнтів переводили на пероральні форми антибактеріальних засобів. Ефективність фармакотерапії оцінювали за змінами у загальному аналізі крові та сечі.

Результати: Покращення загального стану та нормалізацію температури тіла через 72 години відмічали більшість (65 %) пацієнтів. Зменшення лейкоцитозу у сечі порівняно до попередніх показників через 72 години спостерігалось лише у 20 % пацієнтів, на 3 добу – у 7 % хворих, на 4 добу – у 33 % пацієнтів, на 5 добу

лікування – у 27 % хворих. У 13 % пацієнтів зменшення кількості лейкоцитів у сечі спостерігалось лише на шосту добу. При порівнянні результатів загального аналізу крові спостерігалась ідентична динаміка: у більшості (60 %) хворих зменшення кількості лейкоцитів та ШОЕ спостерігалось на четверту та п'яту добу, а на третю – лише у 20 % пацієнтів. Небажані лікарські реакції були встановлені у 35 % пацієнтів, серед них переважали диспепсичні розлади. В стаціонарі хворі пробули 143 днів. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила 7,3 ліжко-днів.

Висновки: Поява позитивної динаміки у хворих на гострий пієлонефрит на тлі антибактеріальної фармакотерапії більше, ніж на 3 добу може свідчити про достатню ефективність антибактеріальної терапії.

С.А. Семенчук

ДИНАМІКА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА ПІД ВПЛИВОМ L-АРГІНІНУ L-ГЛУТАМАТУ У ХВОРИХ ІЗ ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

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: Ішемічна хвороба серця (ІХС), одним із клінічних проявів якої є стабільна стенокардія напруження, займає провідне місце серед усіх причин захворюваності, смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності у більшості розвинених країн світу.

Згідно з сучасними тенденціями, ключовим компонентом патогенезу ІХС є ендотеліальна дисфункція (ЕД), неабияку роль в ініціації і розгортанні якої відіграють порушення в системі оксиду азоту. Основним субстратом для синтезу NO в організмі є L-аргінін.

Мета: Оцінити динаміку морфо-функціонального стану міокарда під впливом L-аргініну L-глутамату у хворих із постінфарктним кардіосклерозом.

Матеріали та методи: Відповідно до мети дослідження було проведене комплексне обстеження 99 хворих (71% чоловіків і 29% жінок) із постінфарктним кардіосклерозом, що знаходилися на лікуванні у відділенні реабілітації серцево-судинних захворювань Клінічного санаторію «Хмільник» (Вінницька область). Середній вік обстежених становив $55,05 \pm 1,28$ років. Пацієнти групи порівняння (n=49) продовжували приймати базисну терапію ІХС, тоді як основну групу (n=50) склали хворі, які додатково отримували препарат L-аргініну L-глутамату (Глутаргін, ООО «Здоров'я» Україна) внутрішньовенно, крапельно по 5 мл 40% розчину на 200 мл ізотонічного розчину хлориду натрія на протязі 7 днів з переходом на таблетовану форму по 0,75 г тричі на добу 3 тижні. Усім пацієнтам проводили добуве моніторування ЕКГ за методом Холтера, вимірювали гемодинамічні показники (ЧСС, САТ, ДАТ) та визначали структурно-геометричні параметри по ЕхоКГ. Статистичну обробку даних проводили з використанням пакетів програм «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc.), «Microsoft® Excel 2010» (Microsoft®). Отримані результати подано у вигляді середнього значення \pm стандартне відхилення від середнього значення ($M \pm m$). Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності між показниками при $p < 0,05$.

Результати: Вихідні показники ЕхоКГ у хворих обох груп були суттєво порушені та статистично значимо не відрізнялись. Контрольне дослідження через місяць лікування у пацієнтів основної групи, які приймали L-аргінін L-глутамат в складі комплексної терапії ІХС, показало достовірне зменшення об'ємних параметрів систолічної функції ЛЖ: ЛП, мл ($48,4 \pm 2,24$ проти $41,7 \pm 2,19$, $p < 0,05$); КДО, мл ($178,3 \pm 5,91$ проти $156,1 \pm 7,42$, $p < 0,05$); КСО, мл ($78,2 \pm 3,44$ проти $65,1 \pm 2,79$, $p < 0,05$). Додавання Глутаргін до базисної терапії ІХС позитивно вплинуло на скоротливу функцію серця, про що свідчить збільшення ФВ, % ($56,8 \pm 2,91$ проти $61,1 \pm 1,42$, $p < 0,05$). Варто відмітити, що гемодинамічні показники, такі як ЧСС, САТ та ДАТ, статистично значимо не відрізнялись у обох групах при порівнянні з вихідними показниками.

Висновки: Враховуючи отримані дані, можна вважати патогенетично обумовленим включення L-аргініну L-глутамату в схему лікування хворих із ішемічною хворобою серця.

Д. В. Сімчук

КОРЕКЦІЯ АНТИАПОПТОЗНИХ ТА АНТИОКСИДАНТНИХ ПОРУШЕНЬ В КЛІТИНАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ, ВИКЛИКАНИХ СТАФІЛОКОКОВИМ ЕКЗОТОКСИНОМ

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

Т. К. Вітрук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність. Найрозповсюдженішим госпітальним збудником інфекцій є *Staphylococcus aureus*, який спричиняє 60-70% госпітальних інфекцій. Фактором патогенності його є екзотоксин, який згубно впливає на кров: руйнує лейкоцити, пригнічує фагоцитарну активність лейкоцитів, пошкоджує моноцити і нейтрофіли, тим

самим знижує імуногенні властивості крові. Справа в тому, що під його впливом підвищується активність перекисного окиснення ліпідів в фагоцитах, знижується активність ферментів системи антиоксидантного захисту – що веде до патологічних змін в клітинах.

Мета. Апробувати один з методів корекції цитологічних порушень, викликаних стафілококовим екзотоксином в клітинах крові, а саме вплив препаратів «Селен-актив» та «Левамізол».

Матеріали та методи. В культурах клітин периферичної крові, оброблених стафілококовим екзотоксином, була досліджена секреторна та фагоцитарна активність, морфологічні та біохімічні показники до та після дії на них вищевказаних препаратів.

Результати. Після дії препарату «Левамізол» в цитоплазмі клітин периферичної крові підвищувалася кількість цГМФ, що давало антиапоптозний ефект. В свою чергу, дія препарату «Селен-актив» на систему антиоксидантного захисту підтверджувалася зниженням перекисного окиснення ліпідів в клітинах, що дає змогу опосередковано судити про підвищення активності ферментів антиоксидантного захисту.

Висновок. Використання вищевказаних препаратів є перспективним, так як доказаний їх антиапоптозний та антиоксидантний ефект, що позитивно впливає на статус клітин, що постраждали від екзотоксину. Це має перспективу використання цих препаратів в постінфекційному періоді для імунореабілітації.

Ю.О. Скрипник, А.С. Гузенко

СУЧАСНІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ «ТЕРАПІЇ СУПРОВОДУ» В ОНКОЛОГІЇ

Кафедра фармакології

О.С. Пашинська (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Проведення хіміотерапії у разі онкологічних захворювань у пацієнтів супроводжується низкою ускладнень, які можуть розвинути як під час лікування, так і в перервах між курсами або після їх завершення. Найчастішими ускладненнями медикаментозного лікування раку є нудота та блювання, синдром лізису пухлин, тромбоемболічні ускладнення, нейтропенія, інфекційні ускладнення, кардіотоксичність, нефротоксичність, гепатотоксичність, алопеція, нейротоксичність та ін. Питання лікування ускладнень хіміотерапії на сьогодні не вирішено, саме тому питання адекватної та ефективної терапії супроводу є надзвичайно важливим.

Мета: Проаналізувати використання різних груп лікарських засобів в якості «терапії супроводу» в онкологічній практиці.

Матеріали та методи: Опрацювання вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з питань поширеності та безпеки використання лікарських засобів в якості «терапії супроводу» в Україні та світі.

Результати: Хіміотерапія злоякісних пухлин – це медикаментозно індукований критичний стан організму, що застосовується з метою отримання циторедуктивного, цитостатичного чи цитоелімінативного ефекту. Більшість хіміопрепаратів чинять максимально шкідливу дію на клітини, що швидко діляться, в т.ч. нормальні клітини-попередники гемопоєзу, епітелій кишечника і волосяних фолікулів, а також клітини деяких інших тканин з високою регенеративною активністю. Як наслідок - розвиток великої кількості серйозних побічних ефектів. Мієлотоксичність здебільшого коригується призначенням гранулоцитарних колонієстимулюючих факторів, еритропоєтинів. Серед інших виділяють Аміфостин, який допомагає запобігти пошкодженню нирок у пацієнтів, які отримували Цисплатин і Карбоплатин. Месна - допомагає запобігти геморагічному циститу у пацієнтів після лікування Циклофосфамідом або Іфосфамідом. Для зменшення еметогенної дії призначають антагоністи рецепторів допаміну, гістаміну, ацетилхоліну, 5-HT₃-рецепторів серотоніну, нейрокінітинових рецепторів 1 типу, прокінетичні засоби (Домперідон). Дексразоксан допомагає запобігти серцевим проблемам у пацієнтів, що отримують хіміотерапію Доксорубіцином. Селективність дії Кардіоксану пояснюється відмінністю в механізмах внутріклітинного метаболізму активної речовини препарату в пухлинній тканині та в міокарді. На сьогодні вивчається можливість застосування Реамберину в якості препарату з політропними фармакологічними властивостями, що проявляє не тільки кардіо-, а ще і гепато- та нефропротекторну дію. Ці та інші препарати багатовекторної дії можуть зменшити прояви поліпрагмазії.

Висновки: «Терапія супроводу» – невід’ємна частина лікування хворих на рак. Застосування системних профілактичних заходів у процесі хіміотерапії дає змогу знизити частоту розвитку як ранніх, так і віддалених побічних реакцій, покращити якість життя пацієнтів та зробити максимально дієвою основну специфічну терапію.

М.В. Сокирко, В.В.Прісїч
**МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОХІДНОГО АДАМАНТАНУ ЮК-76 ТА
КОРДАРОНУ НА МОДЕЛІ НОРАДРЕНАЛІНОВОЇ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ**

Кафедра фармакології

Г. І. Степанюк. (д. мед. наук, проф.)

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

Актуальність: В попередньому дослідженні нами встановлено, що похідне адамантану сполука ЮК-76 подібно до кордарону викликає захисну дію на серце в умовах адреналінової міокардіодистрофії (МДС). Оскільки в патогенезі ішемічної хвороби серця разом з адреналіном приймає участь норадреналін (НА), постало питання дослідити ефективність ЮК-76 на моделі норадреналінової МДС.

Мета: дати порівняльну оцінку впливу сполуки ЮК-76 та кордарону на мікроструктуру міокарда, ушкодженого НА.

Матеріали та методи: дослідження проведене на 3 групах статевозрілих щурів (n=7-10) обох статей. МДС моделювали шляхом внутрішньоочеревинного (в/о) введення НА у зростаючих дозах (2-4 мг/кг) протягом 7 днів. Досліджувані речовини, взяті в оптимальних умовно терапевтичних дозах (10мг/кг) вводили в/о за 30 хв до ін'єкції НА. Контрольні (неліковані) щурі отримували еквіоб'ємну кількість 0,9% розчину NaCl. Для виготовлення мікропрепаратів серця брали на 8 добу експерименту. Зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином.

Результати: в міокарді контрольних щурів спостерігали вакуолярну дистрофію саркоплазми, міоцитоліз і некроз кардіоміоцитів. Мали місце ділянки недоскорочених кардіоміоцитів, в мікроциркуляторному руслі виявлялись пристінкові тромби, порушення цілісності ендотеліальної вистелки, дистрофічні зміни в цитоплазмі ендотеліоцитів, набряк та лейкоцитарна інфільтрація навколо вен та некротично змінених кардіоміоцитів. Профілактичне введення щурам перед НА сполуки ЮК-76, як і кордарону, сприяло зменшенню ознак дистрофічних та альтераційних змін в кардіоміоцитах та в судинах мікроциркуляторного русла. При цьому зазначені зміни в серці ліпше проявилися на тлі ЮК-76, ніж кордарону.

Висновок: похідному адамантану - сполуці ЮК-76, як і кордарону, притаманна захисна дія на серце в умовах норадреналінової МДС, що проявилось послабленням дистрофічних та деструктивних змін в кардіоміоцитах та судинах мікроциркуляторного русла. При цьому за ефективністю ЮК-76 в певній мірі переважала кордарон.

М.О. Стельмах, А.О. Шум
ПІДВОДНІ КАМЕНІ КИСЛОТΟΣУПРЕСІЇ ІНГІБІТОРАМИ ПРОТОННОЇ ПОМПИ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

А.О. Жамба (к.м.н., доц.)

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

Актуальність: На сьогодні інгібітори протонної помпи (омепразол, лансопразол та ін., ПП) широко використовуються в лікуванні кислотозалежних захворювань шлунково-кишкового тракту. Широке застосування ПП дозволило істотно покращити якість життя пацієнтів з ГЕРХ, ефективно лікувати і профілакувати її небезпечні ускладнення – розвиток ерозій, виразок, кровотеч і стриктур стравоходу. Впровадження в клінічну практику ПП та ерадикація *Helicobacter pylori* перетворило виразкову хворобу, що раніше потребувала тривалого лікування і нерідко хірургічного втручання, в амбулаторну патологію, лікування якої зводиться до одного курсу антихелікобактерної терапії. Більшість провідних експертів сьогодні розглядає ПП як єдину прийнятну групу препаратів для лікування і профілактики ускладнень, пов'язаних з прийомом НПЗП та антиагрегантних засобів. Проте стійке зниження рН в шлунку, вплив на вакуолярну H⁺-АТФазу (фермент, близький по своїй біохімічній будові до фармакологічної мішені ПП - H⁺K⁺-АТФази), а також взаємодія з іншими групами лікарських препаратів, обумовлюють так звані «клас-специфічні» ускладнення, що і стало предметом нашого дослідження.

Мета: Встановити залежність «користь-ризик» застосування ПП та охарактеризувати взаємодію вказаної групи лікарських засобів з іншими групами препаратів.

Матеріали та методи: Аналіз сучасної тематичної літератури, наукових публікацій.

Результати: На даний час накопичено великий клінічний матеріал, який свідчить про зв'язок між застосуванням ПП та виникненням на їх тлі гострих кишкових інфекцій (діарей), асоційованих з *Clostridium difficile*. Зовсім нещодавно стало відомо, що пацієнти, які отримують ПП мають високий ризик розвитку інфекцій верхніх дихальних шляхів, в тому числі і негоспітальної пневмонії. Відкритим питанням залишається також вплив ПП на прогресування постменопаузального остеопорозу і високого ризику розвитку остеопоротичних переломів. Тривалий прийом ПП впливає на ефективність антиостеопоротичних препаратів – бісфосфонатів. Спільний прийом препаратів, біотрансформація яких відбувається за участю цитохрома P450, в основному CYP2C19 призводить до конкурентного інгібування активності одного з них – одночасне вживання

ІПП та клопідогрелю призводить до суттєвого зниження антитромбоцитарного ефекту останнього. Ще одним препаратом, у якого при комбінації з ІПП відмічається негативна фармакологічна взаємодія, є метотрексат : ІПП впливають на біотрансформацію останнього і водночас знижують нирковий кліренс, таким чином його концентрація в крові зростає та збільшуються кількість небажаних реакцій ліків.

Висновок: В більшості випадків користь, яку приносять ІПП, значно переважає можливі ризики від їх застосування. Призначаючи хворим додатково певний препарат, або декілька лікарських засобів необхідно пам'ятати про можливу їх взаємодію. Пацієнти повинні бути попереджені, що дана група препаратів є серйозними, сильнодіючими засобами, тому їх безконтрольне застосування може призвести до небезпечних ускладнень.

О.В. Степаненко, О.В. Юрій

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОСУПРЕСИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ПОСТТРАНСПЛАНТАЦІЙНІЙ ТЕРАПІЇ

Кафедра фармакології

С.В. Біговщиць (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В теперішній час на території України проживає 894 особи з пересадженими органами. Тривале функціонування трансплантанта можливе лише в умовах пожиттєвої імуносупресивної терапії.

Мета: Дослідження застосування імуносупресивних лікарських засобів в посттрансплантаційній терапії.

Матеріали і методи: Було проведено аналіз наукових джерел згідно обраної теми.

Результати: Імуносупресори – це препарати різних фармакологічних і хімічних груп, які пригнічують імунологічні реакції організму. Посттрансплантаційна терапія включає: постійну імуносупресію, профілактику та лікування кризів відторгнення і інфекційних процесів.

Перше місце в Україні посідає трансплантація нирки від живого родинного донора (90%), друге місце - печінки, третє – серця, четверте – кісткового мозку.

Для вибору імуносупресанту орієнтиром є наступна класифікація:

I група: сполуки, які проявляють найбільш виражений імуносупресивний ефект при введенні перед антигенною стимуляцією або одночасно з нею. До цієї групи належать алкілюючі сполуки (Циклофосфан, Хлорбутин), глюкокортикоїди (Гідрокортизон, Преднізолон, Дексаметазон). Їх призначають при трансплантації органів, коли необхідне досягнення імунотолерантності з метою запобігання розвитку реакції “трансплантат проти реципієнта”.

II група: препарати, які здійснюють імуносупресивний ефект при введенні через 1-2 доби після антигенної стимуляції, відбувається гальмування проліферативної фази імунної відповіді. Це антиметаболіти (Меркаптопурин, Азатиоприн, Метотрексат, Бреквінар, Алопуринол), алкалоїди (Вінкрисдин, Вінбластин), актиноміцини (Дактиноміцин) і більшість алкілюючих сполук (Циклофосфан, Хлорбутин).

III група: сполуки, які є ефективними як до, так і після антигенного впливу. До цієї групи належать АЛГ(антилімфоцитарний глобулін), АТГ(антитимоцитарний глобулін), циклофосфамід, аспарагіназа.

В Україні застосовують наступні препарати: при трансплантації нирки - Циклоспорин, Азатиоприн, Преднізолон, АЛГ(антилімфоцитарний глобулін), моноклональні антитіла; печінки - Циклоспорин, Преднізолон; серця - моноклональні антитіла, Дактиноміцин, Циклофосфамід, кісткового мозку - АЛГ(антилімфоцитарний глобулін), Циклоспорин, Циклофосфамід, Преднізолон, Метотрексат.

До неспецифічних побічних ефектів імуносупресивної терапії відносять виникнення злоякісних новоутворень та інфекцій. Для усіх імуносупресорів характерні дозозалежні специфічні побічні ефекти. Цілю сучасних сучасних імуносупресивних протоколів є зменшення виникнення препарат-специфічних побічних ефектів за допомогою синергічних режимів.

Висновок: Данні літератури свідчать про те, що дотримання імуносупресивних протоколів, тобто стандартів в лікуванні пацієнтів має велике значення в повсякденній практиці, оскільки дозволяє покладатись на результати клінічних досліджень та сучасні рекомендації. В той же час знання фармакології дає можливість відійти від протоколів та вибрати нестандартний підхід в лікуванні для мінімізації побічних ефектів у конкретного пацієнта.

О. Ю. Тозюк

ГОСТРА ТОКСИЧНІСТЬ НАТРІЮ 2-(ТЕТРАЗОЛО[1,5-С]ХІНАЗОЛІН-5-ІЛТІО)АЦЕТАТУ (СПОЛУКИ КВ-28)

Кафедра фармації

Г. І. Степанюк (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У ході експериментальних досліджень фармакологічної активності нових похідних 5-R-тіо-тетразоло[1,5-с]хіназоліну було встановлено наявність у даного класу речовин актопротекторної активності та обрано сполуку-лідера – натрію 2-(тетразоло[1,5-с]хіназолін-5-ілтіо)ацетат (лабораторний шифр КВ-28). Відомо, що одним із важливих завдань при дослідженні нових хімічних сполук є оцінка їх гострої токсичності. Вивчення даного показника дозволяє отримати відомості про вплив певної фармакологічної субстанції на організм в умовах короткотривалої дії у високих дозах. Це дає можливість оцінити безпечність досліджуваної речовини у порівнянні з відомим еталонним препаратом.

Мета: вивчити гостру токсичність (ЛД₅₀) натрію 2-(тетразоло[1,5-с]хіназолін-5-ілтіо)ацетату (сполуки КВ-28) та охарактеризувати його токсикологічні властивості.

Матеріали та методи: вивчення гострої токсичності сполуки КВ-28 проведено за експрес-методом Прозоровського на нелінійних білих щурах масою 180-200 г при одноразовому внутрішньочеревинному (в/ч) введенні. При оцінці гострої токсичності враховували кількість загиблих тварин у групі на тлі введення кожної окремої дози речовини та клінічну картину гострого отруєння. Спостереження за станом тварин вели від моменту введення речовин протягом 14 діб. При цьому звертали увагу на зовнішній вигляд, особливості поведінки, інтенсивність та характер рухів, стан шерсті та інші показники. Розраховували середньолетальну дозу (ЛД₅₀) та її довірчий інтервал. Ступінь токсичності визначали згідно з класифікацією токсичності хімічних речовин.

Результати: у ході дослідження сполуку КВ-28 вводили щурам в/ч у дозах 501, 631, 794 та 1000 мг/кг. Картина гострого отруєння щурів характеризувалася зниженням рухової активності та порушенням дихання (тахіпноє, дихання поверхневе). У групах щурів, яким вводили досліджувану речовину у дозі 631 мг/кг та 1000 мг/кг загинули усі тварини. Після одноразового в/ч введення КВ-28 дозою 794 мг/кг, попри наявні ознаки гострого отруєння, одна тварина вижила. Загибель щурів наступала протягом перших 24 год. Щури, які вижили, протягом усього спостереження (14 діб) не відрізнялися від інтактних тварин, ознаки інтоксикації минали протягом першої доби.

Встановлено, що ЛД₅₀ натрію 2-(тетразоло[1,5-с]хіназолін-5-ілтіо)ацетату (сполуки КВ-28) при одноразовому в/ч введенні щурам становить 650 (367÷1004) мг/кг.

Висновки: за результатами дослідження гострої токсичності натрію 2-(тетразоло[1,5-с]хіназолін-5-ілтіо)ацетату (сполуки КВ-28) при одноразовому в/ч введенні щурам було визначено його ЛД₅₀, що складає 650 (367÷1004) мг/кг.

За класифікацією токсичності дана сполука може бути віднесена до IV класу токсичності, що характеризує її як малотоксичну речовину. Зважаючи на це натрію 2-(тетразоло[1,5-с]хіназолін-5-ілтіо)ацетат (сполука КВ-28) перспективний для подальших досліджень з метою створення на його основі нового вітчизняного актопротекторного засобу

Я.Й. Гросцінська

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕБІВОЛОЛУ У ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

І.О. Дорошкевич (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця Україна

Актуальність: Ішемічна хвороба серця вже багато років займає важливе місце серед кардіологічних патологій, що часто призводить до летальних наслідків. Розповсюдженість ІХС надзвичайно висока: після 50 років реєструється у 50%, понад 70 років – 90 %. Стабільна стенокардія напруги підтверджується у кожного 6 пацієнта після 45 років із скаргами на кардіальний біль. Актуальність ішемічної хвороби серця обумовлена її значною поширеністю, великою смертністю, частою втратою працездатності, інвалідизацією населення, що нашо вухе на пошук нових засобів та методів лікування.

Мета дослідження: виявити ефективність застосування, антиангінальний та антиішемічний ефект небівололу у хворих із стабільною стенокардією напруги.

Матеріали дослідження: Досліджено ретроспективно результати лікування 25 хворих з ішемічною хворобою серця, що мають картину стабільної стенокардії напруги і не мають протипоказів до застосування бета-адреноблокаторів. У всіх хворих спостерігались типові напади стенокардії. Повне обстеження було проведено на 1 візиті (ЕКГ, ЕКГ-холтер, Ехо-КГ) та простежено клінічну ефективність на візиті через 2 місяці. Після

контрольного періоду тривалістю 5-7 днів, усім хворим було призначено небіволол в добовій дозі 5 мг 1 раз в день. Тривалість лікування складала 8 тижнів. Ефективність лікування оцінювалась за результатами клінічного та інструментального обстеження.

Результати обстеження: середній вік хворих складав 54 ± 8 років. При оцінюванні клінічної ефективності препарату до лікування відмічалось від 10 до 20 нападів в тиждень. Після лікування частота нападів зменшилась до 2-8 разів в тиждень і в середньому складала $2,8 \pm 0,9$. Повного зникнення приступів не було у жодного пацієнта. Ефект лікування оцінювали як задовільний (число нападів в тиждень 2-6 разів) у 17 пацієнтів (68%) та незадовільний (число нападів 8 і більше) у 8 пацієнтів (32,0%). Доза 5 мг/добу виявилась адекватною в 17 больних. У 8 пацієнтів дозу препарату було підвищено до 7,5 мг/добу. Артеріальний тиск: систолічний/діастолічний: $140,1 \pm 2,2/90 \pm 1,6$ мм.рт.ст. САТ знижувався на 10-20 мм.рт.ст. и при цьому не було більше 120 мм.рт.ст. (14,2%). ДАТ — на 5-10 мм.рт.ст. і був не нижче 80 мм.рт.ст. (11,1%). До лікування ЧСС — $70,5 \pm 2,6$ /хв, після лікування ЧСС - $64,3 \pm 1,4$ /хв. Середнє зміщення сегмента ST в середньому зменшилось на 1,3-1,8 мм. За даними добового моніторингу ЕКГ-холтер, зменшилась кількість епізодів "німої" ішемії міокарда. Ехо-КГ - внутрішньосерцева гемодинаміка не змінилась. Рівень глюкози в середньому складав $4,2 \pm 2,2$ ммоль/л, холестерину — $6,7 \pm 0,8$ ммоль/л. Побічних дій препарату не спостерігалось.

Висновок: Небіволол є ефективним антиангінальним та антиішемічним лікарським препаратом для лікування пацієнтів із стабільною стенокардією напруги.

О.І. Трухманова, В. А. Тростенюк

СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Кафедра фармакології

С.В. Біговщиць (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма (БА) – медична проблема, що потребує ефективних методів лікування. Частота її в популяції становить від 4 до 10% в залежності від географічного регіону; а у дітей – до 13-17%.

Мета: проаналізувати сучасні напрямки медикаментозної терапії БА.

Матеріали та методи: проведено аналіз наукової літератури відповідно тематиці та зроблено узагальнюючі висновки.

Результати: Сучасний рівень вивчення патогенезу даного захворювання зумовив зміни в підходах до медикаментозної терапії. Акцентується увага на проведенні протизапальної терапії, з цією метою використовуються такі групи препаратів: глюкокортикоїди (ГК); стабілізатори мембран опасистих клітин (СМОК); антигістамінні препарати (АГП); блокатори лейкотрієнових рецепторів (БЛР) тощо.

Пероральна, парентеральна і інгаляційна форми ГК використовуються при усіх стадіях захворювання. ГК для місцевого застосування (беклометазону, будесонід, флутиказон) володіють високою протизапальною активністю і низькою системною активністю, є найбільш ефективними препаратами для базової терапії БА.

В даний час основою екстреної бронхолітичної терапії є селективні β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамол, фенотерол, тербуталін).

Метилксантини (теофілін, еуфілін) менш ефективні, ніж інгаляційні β_2 -агоністи, і відіграють допоміжну роль в купіруванні нападів БА.

СМОК (кромоглікат Na і недокроміл Na) - інгаляційні протизапальні препарати нестероїдної структури, які застосовують в лікуванні хворих з легкою персистоючою БА, а також з метою профілактики для попередження бронхоспазму при фізичному навантаженні, вдиханні холодного повітря, можливого контакті з алергеном.

АГП (кетотифен) використовують для лікування хворих переважно з БА алергічного генезу, при супутніх алергічних проявах іншої локалізації, клінічна ефективність їх проявляється через 2 місяці прийому.

У лікуванні БА важливі позиції зайняли препарати, що впливають на лейкотрієнову систему. Зілеутон пригнічує біосинтез лейкотрієнів, що проявляється протизапальним та бронхолітичним ефектом. БЛР (зафірлукаст, монтелукаст) теж володіють протизапальною дією, яка проявляється зменшенням проникності судин, одночасно відзначається розширення бронхіол.

Новим напрямком в лікуванні БА є використання рекомбінантних людських анти-Ig-антитіл (омалізумаб), що є ефективним в якості додаткової терапії БА середнього та важкого перебігу, однак висока вартість та існування лише ін'єкційні форми засобу обмежує його застосування. На сьогодні увагу науковців привертають препарати, які є інгібіторами фактору активації тромбоцитів (відомого медіатора запалення, що звужує бронхи і може сприяти вивільненню лейкотрієнів і тромбоксану), перші з яких вже проходять клінічні випробування.

Висновки: Сучасна фармакотерапія БА досягає та підтримує контроль клінічних проявів захворювання впродовж тривалого часу з урахуванням безпечності терапії, потенційних побічних ефектів та вартості лікування.

О.О. Хомич, О. В. Чубенко
**ВИЗНАЧЕННЯ ТА ВИЯВЛЕННЯ ГЛЮКОЗАМІНУ
ТА L-КАРНІТИНУ У СКЛАДІ СИРОПУ**

Кафедра фармацевтичної технології і біофармації
Кафедра клінічної біохімії, судово-медичної токсикології та фармації
Л. Л. Давтян (д.фарм.н., проф.)
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,
м. Київ, Україна
Харківська медична академія післядипломної освіти
м. Харків, Україна

Актуальність. Одним із етапів розробки нового лікарського засобу є аналіз готового продукту за яким визначаються показники якості, проводяться визначення якісного та кількісного вмісту активних інгредієнтів, встановлюється термін придатності.

Метою даного дослідження є визначення та виявлення глюкозаміну гідрохлориду та L-карнітину у складі сиропу.

Методи дослідження. Дослідження проводили методом ВЕРХ на рідинному хроматографі «Agilent 1100». Рухома фаза: елюент А – фосфатний буфер з рН 4,7, елюент Б – ацетонітрил (60:40). Швидкість рухомої фази – 1,0 мл/хв. Температура колонки – 25 °С, об'єм проби 50 мкл. Хроматографічна колонка розміром 250×4,6 мм, заповнена сорбентом силікагель октилсилільний для хроматографії Р з розміром часток 5 мкм (Grace Spherisorb NH2). Детектування проводилось за допомогою спектрофотометричного детектору за довжини хвилі 215 нм.

Отримання фосфатного буфера з рН 4,7. Розчиняють 6,805 г каля дигідрофосфата в 900 мл води високоочищеної й доводять рН до 4,7 розчином натрія гідроксида Р, після чого доводять об'єм в мірній колбі на 1000 мл до мітки. Отриманий буфер фільтрують через мембранний фільтр Nylon 0,45 мкм.

Приготування випробуваного розчину сиропу. Біля 2,0 г (точна наважка) сиропу поміщали у мірну колбу місткістю 50 мл, додавали 20 мл розчинника (вода високоочищена), поміщали на магнітну мішалку з підігрівом і перемішували протягом 20 хв при 50 – 60 °С до отримання однорідної суспензії. Отриманий розчин охолоджували та доводили водою високоочищеною до мітки. Розчин центрифугували протягом 10 хв при 4000 об⁻¹ й фільтрували через мембранний фільтр Nylon з розміром пор 0,45 мкм, відкидаючи перші 2 мл фільтрату.

Розчин порівняння. Біля 10 мг (точна наважка) стандартного зразка L-карнітину та 20 мг (точна наважка) стандартного зразка глюкозаміну поміщали у мірну колбу місткістю 50 мл, додавали 30 мл розчинника (вода високоочищена), перемішували на орбітальному шейкері протягом 10 хв. До повного розчинення зразків. Доводили об'єм розчину тим самим розчинником до 50 мл, перемішували та фільтрували через мембранний фільтр з розміром пор 0,45 мкм. 5,00 мл одержаного розчину вміщували у мірну колбу місткістю 20,0 мл та доводили об'єм розчину водою високоочищеною до мітки.

Основні результати. Дослідження показали, що описані умови хроматографування забезпечували достатні селективність та ефективність розділення. Приблизний час утримання піку глюкозаміну гідрохлориду/L-карнітину складав 4,16 та 4,77 хв відповідно.

Час утримання піку глюкозаміну гідрохлориду та L-карнітину на хроматограмах випробувального розчину має співпадати з часом утримання піку глюкозаміну та L-карнітину на хроматограмах розчину порівняння ± 2 %.

Висновок. Згідно результатів експериментальних досліджень щодо визначення глюкозаміну, встановлено його вміст в 1 г сиропу, що складає 60 мг/г (при нормі 54 – 66 мг/г). Вміст L-карнітину в 1 г сиропу складає 100 мг/г (при нормі 90 – 110 мг/г).

О.В. Чемеринська, Ю.Р. Свирид
ГОСТРІ ОТРУЄННЯ МЕДИКАМЕНТАМИ У ДІТЕЙ

Кафедра фармакології
С.В. Біговщиць (ас.)
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Медикаменти спричиняють приблизно половину випадків отруєнь у дітей. Отруєння ліками трапляється внаслідок різних причин, зокрема, через випадковий прийом надмірної дози або помилковий повторний прийом; через недогляд дорослих, коли дитина самостійно вживає медикаменти; при потраплянні ліків в організм дитини під час грудного вигодовування; через спроби суїциду у підлітковому віці.

Мета роботи: Узагальнити літературні дані стосовно етіології, шляхів проникнення, розподілу в організмі, механізму дії та виведення отрути у дітей.

Матеріали: Вивчення матеріалів монографій, статей у наукових фахових журналах за останні 10 років та електронних бібліотеках.

Результати: Препарати, які найчастіше викликають отруєння в дітей (подано в порядку зростання токсичності): анальгетики, препарати для місцевого застосування (очні краплі, тощо), засоби проти кашлю та

застуди, вітаміни, антигістамінні, ліки, які діють на ШКТ, антибіотики, гормони, електроліти й мінерали, препарати, які діють на серцево-судинну систему, харчові добавки, трав'яні й гомеопатичні препарати, антиастматичні препарати, антидепресанти, седативні, снодійні та нейролептики.

Діагностика отруєння і встановлення його виду часто є утрудненими через нестачу анамнестичних даних, тому у випадку раптового погіршення стану дитини завжди слід підозрювати можливість отруєння.

Допомога при гострих отруєннях включає комплекс реанімаційних і фармакотерапевтичних заходів, спрямованих на припинення контакту і надходження токсичної речовини до організму, специфічної (антидотної) терапії, виведення токсичних речовин з організму (промивання шлунку, очисні клізми, форсований діурез, ентеросорбція), підтримку життєво важливих функцій та ліквідацію наслідків отруєння. Антидотна терапія є високоспецифічною, використовується лише за умови клініко-лабораторної ідентифікації гострого отруєння, оскільки при помилковому введенні антидоту можливий його токсичний вплив на організм. Антидоти нейтралізують токсичний ефект отруту і значно зменшують кількість медичних призначень. Однак специфічні антидоти існують для обмеженої кількості речовин. Однією з найважливіших вимог використання антидотів є якнайкоротший час введення після отруєння. На догоспітальному етапі використовують флумазеніл при отруєнні бензодіазепінами, вітамін В6 при отруєнні ізоніазідом, ацетилцистеїн - парацетамолом. Специфічні антидоти металів (унітіол, десферал), враховуючи токсикокінетику цих отрут, вводять протягом кількох днів.

Методи штучної детоксикації (гемодіаліз, плазмофорез) зменшують кількість токсичної речовини в організмі і при необхідності заміщують функції нирок і печінки.

Висновки: Оскільки відмічається чітка тенденція росту кількості гострих медикаментозних отруєнь у всіх країнах світу, що пов'язано з випуском великої кількості нових лікарських засобів та зберіганням їх у домашніх умовах, то стає вкрай необхідним володіти знаннями щодо діагностики та лікування отруєнь медикаментами.

І.В. Щербатюк, Д.Г. Шишковський
НОБЕЛІВСЬКІ ПРЕМІЇ В ФАРМАКОЛОГІЇ

Кафедра фармакології

Н.І. Іванова (доц., к.мед.н)

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

Актуальність: Сучасні досягнення в медицині та фізіології стали можливими лише завдяки вченим, які спостерігали, досліджували та опубліковували свої результати. Важливим внеском є відкриття великої кількості препаратів, завдяки яким стало можливе лікування хвороб, які раніше вважалися невиліковними. Багато з них були нагороджені Нобелівськими преміями. Знати про це цікаво як студентам, так і науковим працівникам.

Мета: Визначити імена вчених, які були нагороджені цією премією за відкриття препаратів, що мали важливе значення у розвитку медицини.

Матеріали та методи: вітчизняні та зарубіжні літературні джерела

Результати В 1923р. Фредерік Грант Бантінг і Джон Джеймс Маклеод отримали Нобелівську премію з фізіології і медицини за виділення інсуліну. В цій же номінації нагороджувалися:

У 1936 році Отто Льові й Генрі Халлет Дейл – за відкриття, пов'язані з хімічною передачею нервових імпульсів, а також відкриття та дослідження алкалоїдів грибка *Claviceps purpurea* (маткові ріжки).

У 1939 році Герхард Домагк - за відкриття антибактеріальних властивостей пронтозила, але отримав її лише в 1947 році, через страх перед заборонаю Гітлера.

У 1945 році Олександр Флемінг, Говард Флорі та Ернст Чейн – за відкриття і дослідження властивостей пеніциліну.

У 1948 році Пауль Мюллер – за відкриття інсектицидних властивостей ДДТ.

У 1950 році Едуард Кендалл, Філіпп Хенч та Тадеуш Рейхштейн – за відкриття, що стосуються структури, виділення і дослідження гормонів кори наднирникових залоз.

У 1952 році Зельман Ваксман – за відкриття стрептоміцину – першого антибіотика, ефективного при лікуванні туберкульозу.

У 1957 році Даніель Бове – за відкриття синтетичних сполук (пириламину малеату, антагоніста гістамінових рецепторів 1 типу), та за виявлення їхньої дії на судинну систему і скелетні м'язи.

У 1966 році Чарльз Хагінс - за відкриття, пов'язані з лікуванням раку простати.

У 1988 році Джеймс Блек – за відкриття важливих принципів медикаментозної терапії серцевих захворювань із застосуванням β- адреноблокаторів (пропранололу).

У 1988 році Джордж Гітчінгс та Гертруда Елайон – за відкриття важливих принципів медикаментозної терапії пухлин (азатиоприн).

У 2009 році Браян Другер, Ніколас Лайдон та Чарльз Соєрс отримали Премію Ласкера, «американську Нобелівську премію» за відкриття протилейкозного цитостатику Імагінібу (Глівеку).

У 2015 році Юю Ту – відкриття, що стосуються лікування малярії (артемізинін та його синтетичні аналоги).

У 2015 році Вільям Кемпбелл та Омура Сатоші – за відкриття, що стосуються лікування захворювань, які спричинюють паразитичні круглі черви (препарат івермектин).

Нобелівською премією з хімії були нагороджені:

В 1939 році Адольф Бутенандт і Леопольд Ружичка – за роботи з вивчення статевих гормонів.

У 1955 році Вінсент дю Вільє - за роботу з біологічно активними сполуками, і перш за все за вперше здійснений синтез поліпептидного гормону окситоцину.

В 1958р. Фредерік – за розшифровку структурної формули інсуліну.

Висновки: Всі вчені, що отримали Нобелівську премію, зробили великий внесок у розвиток науки, медицини та врятували багато людських життів.

Зміст

МОРФОЛОГІЯ	
MORPHOLOGY	4
Ashakayf Awmussa, Nweke Millicent, Radebe Tshepiso and Suleiman Baba Nafisa	
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME.....	4
Atikpo Joy, Nweke Pamela, Ojile Theresa	
MODERN CONCEPT ABOUT PATHOGENESIS OF GLOMERULONEPHRITIS.....	4
I.I. Bucun	
THE SUBJECTIVE PERCEPTION OF SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS AT THE STUDENTS, WHO ARE USING MOBILE PHONES.....	5
Dumitru Bereghici	
VARIATIONAL ANATOMY OF THE NEUROVASCULAR BUNDLE OF ARM AND ELBOW.....	5
V.S Bulyga, N.G. Lebedinets, A.V. Fedotchenko, K.I. Kutashchuk, A.K. Krasnorudska	
INVOLVEMENT OF LATERAL AND MEDIAL RECTUS MUSCLES OF THE EYEBALL IN MOVEMENTS OF THE EYE AROUND FRONTAL AND SAGITTAL AXES	6
A.M.Bobr	
PROBLEMS OF HEART REGENERATION	6
O.A. Filyevich	
APLICATION OF KNOWLEDGE ABOUT THE SOMATIC STEM CELLS' MORPHOLOGY IN UKRAINE.....	7
Z.A. Melnyk	
IDENTIFY THE CAUSES OF BILIARY HYPERTENSION AT DIFFERENT TIMES OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS.....	7
О.Я. Авдєєва	
ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ЛІМФОМИ БЕРКІТТА.....	8
Л. І. Артюхова	
ВПЛИВ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА БІОРИТМИ ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУНІТЕТУ У СТАРИХ ЩУРІВ.....	9
<u>Ю. О. Архипюк</u> , С. В. Павлюк	
ВИВЧЕННЯ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ HELICOBACTER PYLORI	9
<u>О.Г. Басінських</u> , В.І. Булавенко	
ЛЕОНАРДО ДА ВІНЧІ І АНАТОМІЯ.....	10
Р.О.Бенцак	
ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ПСИХІКИ.....	10
Ю.М. Береговенко	
ВПЛИВ ЛІЗИНОПРИЛУ НА ВМІСТ СИРОВАТКОВОГО TGF-В1 ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ У ЩУРІВ.....	11
<u>О.О. Білик</u> , О.А.Гусак	
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА МЕТОДИ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ ЛІМФОМИ ШЛУНКА (MALT – ЛІМФОМИ)	12
<u>Т.О. Бойко</u> , Б.С. Гаїна	
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ УІПЛА	12
<u>А.М. Бобр</u> , І.А. Дорофєєва, А.М. Перебетюк	
ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ВИПАДКАМИ СУЇЦИДУ ШЛЯХОМ ПОВІЩАННЯ ТА КІЛЬКІСТЮ ВЖИВАНОВОГО АЛКОГОЛЮ.....	13
А.О. Бондарчук	
ПРИЧИНИ НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА ТА ФАКТОРИ, ЩО НА НИХ ВПЛИВАЮТЬ.....	13
А.О. Бузмакова, Л.Л. Паска, Н.В. Скалецька	
РОЛЬ СІМ'Ї В ФОРМУВАННІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ В ПРОЦЕСІ ВИХОВАННЯ.....	14
В.І. Булавенко, О.Г. Басінських	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ.....	15
<u>Г.С. Важова</u> , Т.М. Король	
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРИ ЛІМБА ПРИ ДІЇ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН.....	15

Ю.О. Василюк	
ЗМІНИ КЛІТИННОГО ЦИКЛУ ТА ФРАГМЕНТАЦІЇ ДНК КЛІТИН ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГІПЕРТИРЕОЗІ.....	16
А.О. Вахнюк	
ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ХРОНІЧНОГО ЛІМФОЛЕЙКОЗУ.....	16
Н.В. Ващенко	
АНАТОМІЧНІ СПІВВІДНОШЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОЇ ЧАСТИНИ ПЕРШОЇ ГІЛКИ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА З ОКОРУХОВИМИ НЕРВАМИ.....	17
В.О. Велічко, Ю.І. Лобортас	
МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ АТРОФІЇ КИШКОВИХ ВОРСИНОК ПРИ ЦЕЛПАКІЇ.....	17
<u>О.П. Великий</u> , І.Ю. Кузьміна	
ВПЛИВ ГІПОКСІЇ НА СТАН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	18
Т.М. Великоцький	
АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТА БУДОВИ НИРОК.....	18
<u>О.В. Власенко</u> , Н.С. Барзак	
НОВА МЕТОДИКА БАГАТОКАНАЛЬНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ ЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МІОКАРДА В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	19
В.С. Величко	
ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА КОРОТКОТРИВАЛУ ТА ДОВГОТРИВАЛУ ПАМ'ЯТЬ.....	19
<u>В.А. Волинець</u> , О.В. Власенко	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СМАРТФОНІВ В СИТУАЦІЯХ БАГАТОЗАДАЧНОСТІ НА ЗМІНУ ПАРАМЕТРІВ ХОДЬБИ ПІД ЧАС РУХУ.....	20
В.В. Гав'янець	
АРТЕРІО-ВЕНОЗНІ АНАСТОМОЗИ В СТІНЦІ ПІДКЛЮЧИЧНОЇ АРТЕРІЇ ЛЮДИНИ.....	20
Л.І. Гайдучик	
ВПЛИВ МОРФОЛОГІЧНОГО СТАНУ СУДИННОЇ СТІНКИ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ АРТЕРІО-ВЕНОЗНОЇ ФІСТУЛИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК 5 СТУПЕНЯ.....	21
Н.Д. Ганизаде	
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ.....	21
П.П. Глянцев	
ІННЕРВАЦІЯ ШКІРИ СІДНИЧНОЇ ОБЛАСТІ.....	22
А.А. Грантовська	
ВНУТРІШНІ АРТЕРІЇ СТОВБУРОВОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ.....	22
<u>В.О. Гикава</u> , Ю.О. Каліновська	
ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	23
<u>О.А. Гнатій</u> , Ю.Ю. Бендас	
НАУКОВІ ПОМИЛКИ В ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ АНАТОМІЇ.....	23
С.С. Гончаров	
ГЕСТАЦІЙНИЙ ДІАБЕТ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ.....	24
<u>А.А. Горбатюк</u> , К.І. Пасека, Д.В. Оксаніч	
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	24
М.А. Горбунова, Л.М. Островська	
БАКТЕРІАЛЬНІ БІОПЛІВКИ, МЕХАНІЗМИ ЇХ ФОРМУВАННЯ.....	25
М.Г. Гула	
РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА НЕМАТОДОЗИ.....	25
А.Л. Гуменюк	
ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
<u>О. І. Гуменяк</u> , О.В. Лазарук	
ЕКСПРЕСІЯ Ki-67 ЕПІТЕЛІАЛЬНИМИ КЛІТИНАМИ ПРОТОВОКОВОЇ КАРЦИНОМИ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ З МЕТАСТАЗАМИ ТА БЕЗ НИХ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПУХЛИННИХ МЕТАСТАЗІВ.....	26
А.Р. Гур'єва	
ПІДСУМКИ ДОСЛІДЖЕНЬ БУДОВИ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ.....	27
<u>А.С. Данилюк</u> , О.Ю. Бабійчук	
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ.....	27
В. Б. Дашковський	
РОЛЬ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА СЕРЦЕВІЙ	

НЕДОСТАТНОСТІ.....	28
Т.І. Дейнека, Д.В. Кириєнко, І.О. Моканюк	
ІСТОРІЯ – СВІДОК МИНУЛОГО, СВІТЛО ІСТИНИ, ЖИВА ПАМ'ЯТЬ.....	29
<u>Д.М. Дем'янчук</u> , В.О. Яковенко	
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ ПОВЕРХНЕВИХ НЕОПЛАЗІЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ВІДЕОЛІСОКОЛОНОСКОПІІ.....	29
<u>А.В. Дениско</u> , Б.В.Плотиця	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ ТА ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ.....	30
<u>Н.В. Джевага</u> , О.Я. Авдєєва	
РЕВМАТИЧНА ПОЛІМІАЛГІЯ.....	30
О.К. Дідик	
ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ВМІСТОМ АКТГ, β-ЕНДОРФІНУ, ЙОНІВ НАТРІЮ І КАЛЬЦІУ У КРОВІ ЩУРІВ ПРИ ГІПЕРНАТРІЄМІІ.....	31
В.П. Дмитрієв	
СУЧАСНІ ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІІ.....	31
<u>О.М. Добровольська</u> , В.А.Сіренко, М.В. Ковальцова	
ЗМІНИ ЕКЗОКРИННОЇ ЧАСТИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА РІВНІ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ 12 І 4 У ЩУРІВ ТА ЇХ ПОТОМСТВА В УМОВАХ ДІЇ СТРЕСУ	32
<u>О.М. Добровольська</u> , Н.І. Мар'єнко	
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕРХНЕВОЇ СУДИННОЇ МЕРЕЖІ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ.....	33
<u>І.П. Дяченко</u> , Б.В. Дністрянський	
АУДІОГЕННА ТА ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНА МОДЕЛІ ЕПІЛЕПСІІ. ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ.....	33
<u>В.Л.Жебелєв</u> , Д.А.Єршова	
КРИСТАЛОГРАФІЯ СЛИНИ ЯК ПАРАДІАГНОСТИЧНИЙ МЕТОД.....	34
<u>Ю.О. Журавська</u> , О.О. Мельник	
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ В ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	34
<u>О.О. Зарицький</u> , І.В. Коваленко	
ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯ ТРАВМИ.....	35
А.І. Зінченко	
АНАТОМІЯ СПОЛУЧНОТКАНИННОГО ОСТОВУ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ДОРΟΣЛОЇ ЛЮДИНИ.....	35
В.В. Зленко	
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КОРОНАРНИХ СУДИН ПІСЛЯ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ.....	36
К.О. Зуб	
ВНУТРІШНЬОВИДОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАНТІВ БУДОВИ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЇЇ ЗАДНЬОЇ КІНЦІВКИ.....	36
Д.І. Калашников	
СТРУКТУРА АКСОМЫШЕЧНЫХ СИНАПСОВ ЧЕЛОВЕКА.....	37
М.О. Калганова	
МАМИЛЛО-КОРТИКАЛЬНЫЕ ПУТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	37
К.О.Кандимова	
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИОННИХ ІНФЕКЦІЙ.....	38
<u>Т.О. Казібрід</u> , В.І. Гунас	
АЛГОРИТМ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРИНАЛЕЖНОСТІ ДІАТОМОВИХ ВОДОРОСТЕЙ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ	38
<u>Р.О. Каргелян</u> , К.В. Коломієць, А.І. Кулик, В.В. Лагода	
ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ MATHCAD 14 ДЛЯ АНАЛІЗУ КОЛЬОРУ УШКОДЖЕННЯ.....	39
<u>Я.А. Католик</u> , Н.В. Гайдуков	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕПІЛЕПСІІ.....	39
Н.Г. Квітанова	
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ І БУДОВИ НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО КАНАЛУ ЛЮДИНИ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ.....	40
<u>Д.В. Кириєнко</u> , В.М. Стульнова, Л.О. Єкеніна	

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ЩОДО ВСТАНОВЛЕННЯ ЗАЖИТТЄВОСТІ І ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ УШКОДЖЕНЬ В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ.....	41
О.В. Кириченко	
МІНЕРАЛЬНА НАСИЧЕНІСТЬ, ОКОСТЕНІННЯ КІСТОК КИСТІ ПІДЛІТКІВ І ЮНАКІВ.....	41
<u>Д. Ю. Клак</u> , В. А. Тростенюк	
ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ДОЛІХОСИГМИ НА ТЕРИТОРІЇ ВІННИЧИНИ В ПЕРІОД 1996-2016 РОКИ.....	42
Л.І. Кобилянська	
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ НЕРВОВОГО АПАРАТУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У БЛИХ ЩУРІВ ПІСЛЯ ГОНАДЕКТОМІЇ.....	42
А.В. Ковальчук	
РОЛЬ ЕНДОТЕЛІНУ-1 У РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....	43
<u>С.Д. Кованцев</u> , Н.А. Мазурук	
ВАРИАНТЫ ФОРМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.....	43
О.А. Козак	
ОСОБЛИВОСТІ КОЛОНІЗАЦІЇ МІКРОФЛОРИ РІЗНИХ ТИПІВ ПОВЕРХОНЬ ГРОМАДСЬКОГО ТРАНСПОРТУ.....	44
П.О. Козейчук	
ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН ПУЛЬПИ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ.....	45
<u>К.В. Коломієць</u> , Р.О. Картелян, А.І.Кулик, В.В. Лагода	
СУДОВО-МЕДИЧНА ДІАГНОСТИКА СИНЦІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ТЕХНОЛОГІЧНИХ СИСТЕМ ОБРОБКИ КОЛЬОРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ.....	45
<u>В.Ю. Коноваленко</u> , М.-Ю.І. Петришина	
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРОТЕЛІАЛЬНОГО РАКУ В ПАЦІЄНТІВ СТАРШЕ 80 РОКІВ.....	46
В.О. Коршунова	
МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІЖРЕБЕРНИХ НЕРВІВ В ПОЛЯРИЗОВАНОМУ СВІТЛІ.....	46
<u>Д. В. Котков</u> , А. О. Дудар	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ HELICOBACTER PYLORI ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ.....	47
А.М. Коханець	
ДИРОФІЛЯРІОЗ.....	47
М.С. Кошиль	
СТРОКИ ВИНИКНЕННЯ І ШЛЯХИ МІГРАЦІЇ КЛІТИН У ГІСТОГЕНЕЗІ КОРИ ПІВКУЛЬ ВЕЛИКОГО МОЗКУ.....	48
М. І. Кривонос	
ВПЛИВ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ НА ОРГАНІЗМ ДОНОРА.....	48
<u>Т.В. Крущала</u> , О.І. Бібіков	
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН АРТЕРІЙ НИЖНИХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦД 2 ТИПУ.....	49
<u>А.І. Кулик</u> , К.В. Коломієць, Р.О. Картелян, В.В. Лагода	
ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ КОЛЬОРОУТВОРЕННЯ СИНЦЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛОГІКО-МАТЕМАТИЧНОГО АНАЛІЗУ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ.....	50
Т.М. Ладика	
ЕВОЛЮЦІЯ І ГОМОЛОГІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЛЮДИНИ.....	50
С.С. Левенчук	
ВРОДЖЕНІ ВАДИ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ.....	51
<u>О.В. Легеза</u> , А.І. Перик	
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У СТУДЕНТІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАТУСНЕ ПОЛОЖЕННЯ В ГРУПІ.....	51
<u>А. О. Леонтович</u> , К. М. Вудвуд, М. С. Дем'янчук	
ТЕОРІЯ ХВИЛЬОВОГО ГЕНОМУ.....	52
О.Ю. Лепетенко	
АНАЛІЗ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГЕЛЬМІНТОЗІВ.....	52
Ю. Ю. Лепетенко, М.Ю. Паламарчук, Д.П. Гадзивимок	
ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ШЛЯХИ ЇЇ УДОСКОНАЛЕННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІННИЦЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ ТА ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ	

ЕКСПЕРТИЗИ.....	53
А.С. Лесная	
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ЭТАПНЫХ ПРОГРАММИРУЕМЫХ САНАЦИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	53
І. С. Лісова	
ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИНИКНЕННЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ.....	54
<u>Э.В. Лобкина</u> , Л.Г. Огнева	
ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ.....	55
А.В. Луканова, К.В. Вараниця	
ХРОМОСОМНІ ХВОРОБИ.....	55
<u>В.В. Луканюк</u> , Н.М. Тимофіїв	
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ.....	56
Т. О. Луцюк	
ВИДАТНИЙ НАУКОВЕЦЬ ДАНИЛО КИРИЛОВИЧ ЗАБОЛОТНИЙ.....	56
Т. О. Луцюк	
СИНДРОМ РЕЯ.....	57
<u>Н.А. Мазурук</u> , С.Д. Кованцев	
ВАРИАНТЫ ФОРМЫ СЕЛЕЗЕНКИ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.....	58
<u>А.К. Макогон</u> , О.О. Равчук, І.М. Плахотнюк	
ОЦІНЮВАННЯ ПОВНОСТИ ОПИСУ ТРУПНИХ ЗМІН У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ (ВОБСМЕ).....	58
<u>М.М. Маслюк</u> , В.І. Гунас	
ДОТРИМАННЯ СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ ВОБСМЕ СТАНДАРТІВ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПІВ У ВІДПОВІДНОСТІ ДО НАКАЗУ № 6 МОЗ УКРАЇНИ ВІД 17.01.1995 РОКУ, А САМЕ "ПРАВИЛ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ /ДОСЛІДЖЕНЬ/ ТРУПІВ У БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ", ПУНКТ 2.2.....	59
<u>С.О.Машкевич</u>	
ПРАВОВИЙ СТАТУС НЕПОВНОЛІТНІХ ОСІБ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ.....	59
Н.В. Мевшук	
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ БОРОЗЕН КІНЦЕВОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ.....	60
Т.А. Мельник	
ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАБУТТЯ ГЕНЕТИЧНОЇ ГЕТЕРОГЕННОСТІ МЕТАСТАЗІВ В КОНТЕКСТІ ПАРАЛЕЛЬНОЇ ПРОГРЕСІЇ ПУХЛИН.....	61
<u>С.Т. Мєсяцева</u> , А.В.Ряба	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ.....	62
<u>В.Р. Мирончук</u> , А.О. Косташ, Л.В. Вакуленко	
ДОСЛІДЖЕННЯ ОБ'ЄМУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	62
І.А. Молокова	
РОЛЬ ЭСТРОГЕНОВ В РАЗВИТИИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	62
<u>А.М. Музыка</u> , Ю.О. Шишковська	
ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ.....	63
А. Назарчук	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ А. BAUMANNII, P. AERUGINOSA, ВИДЛЕНИХ У ПАЦІЄНТІВ З ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ.....	64
<u>В.В. Неровный</u> , М.С. Конодюк	
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО ПОДОШВЕННОГО АПОНЕВРОЗУ ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	64
Л.І. Нетребін	
ВПЛИВ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З БРОНХО-ПУЛЬМОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	65
А.К. Новоскольцев	
ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ ЗГОРТАННЯ ТА ХВОРОБА	

АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	65
М. С. Олексієнко МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА САРКОЇДОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ЇЇ ВІДМІННОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ГРАНУЛЕМ	66
І. З. Онисько, М. І. Герот, Т. І. Скрипник, І. О. Балюк, О. В. Давиденко, Я. Р. Калин МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СІДНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ДЕ- І РЕГЕНЕРАЦІЇ НА ФОНІ ЙОГО ЛАЗЕРНОГО ОПРОМІНЕННЯ.....	66
Н.Ю. Орел ІННЕРВАЦІЯ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ВЛІЬНОЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ПЛОДІВ, НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ	67
Д. Р. Островерха ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗМУ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ. ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ.....	67
А.М. Островська ІНДИВІДУАЛЬНІ І ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ В БУДОВІ ЧРЕВНОГО СТОВБУРА ЛЮДИНИ.....	68
О.А. Пахолок ПРИНЦИП ЗОЛОТОГО ПЕРЕРІЗУ ЕМБРІОНІВ ТА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ.....	68
А.Р. Печененко ВПЛИВ ГОСТРОЇ ТА ХРОНІЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА СТРУКТУРУ НЕРВОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	69
<u>М.В. Писарцова</u> ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЧЕРВОНОГО КІСТКОВОГО МОЗКУ	69
<u>С.Ф. Пінкасович</u> , О.В. Лазарук ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ФАКТОРА ФОН ВІЛЛЕБРАНДА У СТРУКТУРАХ ПРОТОВОЇ КАРЦИНОМИ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПУХЛИННИХ МЕТАСТАЗІВ.....	70
В.Р. Піскарьова НЕРВОВІ АПАРАТИ КУКСИ ШЛУНКА ПІСЛЯ ЙОГО РЕЗЕКЦІЇ.....	70
О.Р. Піскарьова ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА РОЗВИТОК ОКОЛЬНОГО РУСЛА В УМОВАХ ПОРУШЕНОГО ВІДТОКУ КРОВІ.....	71
<u>Б. В. Плотиця</u> , О.І. Матвійчук, В.О. Ветрова НАДФ-Н-ДІАФОРАЗНА АКТИВНІСТЬ У ВЕНТРАЛЬНОМУ РОЗІ СПИННОГО МОЗКУ МИШЕЙ ПРИ ГОСТРОМУ М'ЯЗЕВОМУ ЗАПАЛЕННІ.....	71
Н.В. Плющик ДЕЦИТАБІН В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МІЄЛОДИСПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ	72
Н.В. Плющик РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-33 У РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ ТА ХВОРОБИ	72
Т.Ю. Повшедна ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ В ПУХЛИННОМУ МІКРООТОЧЕННІ.....	73
И.О. Полозов ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ТИМУС	73
О.А. Польова, О.А. Гапчук, І.Р. Ярова ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИЙ ПРОЛІФЕРАТИВНИЙ АЛЬВЕОЛІТ	74
<u>С.І. Поніна</u> , В.Л. Кобець ВИЯВЛЕННЯ ТА ПОРІВНЯННЯ СТРУКТУРНИХ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ З НЕКРОПСІЙНИМ МАТЕРІАЛОМ ПОМЕРЛИХ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ГАСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ.....	74
А.В. Пономарева ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ В ТКАНИ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС.....	75
<u>И.С. Попова</u> , П.П. Перебийнис ОСОБЕННОСТИ КЛАССИФИКАЦИИ ФАСЦИЙ ШЕИ ЧЕЛОВЕКА.....	75
<u>Ю.В. Потапова</u> , О.В. Власенко	

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АСИМЕТРІЇ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ.....	76
А.О. Причепя	
ХВОРОБА ЛАЙМА (КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ).....	77
<u>Л.В. Прядко</u> , Б.Р. Крива	
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ МАТКИ ПРИ ЛЕЙОМІОМІ.....	77
І. Ю. Пшенична, А. С. Михайловська	
ТРИГЕР-ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПЕРШИХ КУРСІВ НАВЧАННЯ.....	78
<u>О.В. Рибич</u> , А.Є. Бухштаб	
АНОМАЛІЇ МОЗКОВИХ СУДИН: АРТЕРІОВЕНОЗНІ МАЛЬФОРМАЦІЇ ТА АНЕВРИЗМИ.....	79
С.О. Росохай	
ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	79
В.В. Савіна	
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ В ОСІБ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ.....	80
<u>М.Д. Саковська</u> , О.В. Власенко	
ВПЛИВ СТАРІННЯ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ТА БІОЕЛЕКТРИЧНУ АКТИВНІСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ.....	81
А.О. Сасовець	
ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У СТАРШОКЛАСНИКІВ-КІБЕРАДИКТІВ.....	81
Ю.Р. Свирид	
ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ.....	82
І.А. Святка	
ЕТІОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СПАДКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	82
<u>А.С. Сивокоровська</u> , Ю.В. Саркісова	
МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ З ІНШИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ МІОКАРДА ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ СТАТИСТИЧНОГО МЮЛЛЕР- МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ	83
К.М. Сидорук	
«ПСИХОГЕННА СМЕРТЬ»: ПОНЯТТЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ФОРМИ РОЗВИТКУ, МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ.....	83
Є.В. Слонецький	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АФЕРЕНТНИХ ЗАКІНЧЕНЬ РІЗНИХ СЕРЦЕВИХ НЕРВІВ.....	84
<u>Т.С. Смага</u> , П.К. Мальований, О.Істецьке О. Сушицький	
АКТИВАЦІЯ НЕЙРОНІВ ЛІМБІЧНИХ СТРУКТУР ОСНОВИ ПЕРЕДНЬОГО МОЗКУ ТА ГІПОТАЛАМУСА ПІД ЧАС ГОЛОДУВАННЯ У ЩУРІВ.....	85
<u>Т.С. Смага</u> , П.К. Мальований	
АКТИВАЦІЯ НЕЙРОНІВ ЯДЕР ГІПОТАЛАМУСА ПІД ЧАС ГОЛОДУВАННЯ У ЩУРІВ.....	85
Ю.О. Солоняра, Н.В. Свердлик	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ УСПІШНОСТІ ВІД ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ УКРАЇНСЬКИХ ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ.....	86
К.А. Солонина	
ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХОЛАНГІОКАРЦИНОМИ ПЕЧІНКИ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ).....	86
А.С. Сорока	
РОЛЬ ДОДАТКОВИХ ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ У РОЗВИТКУ АРИТМІЙ.....	87
Г.П. Сосна	
ВПЛИВ СПОРОУТВОРЮЮЧИХ ПРОБІОТИЧНИХ БАКТЕРІЙ НА ПЛІВКОУТВОРЕННЯ У СТАФІЛОКОКІВ.....	87
О. О. Степанішена, В. Р. Тагеев	
МОРФОЛОГІЧНА РЕАКЦІЯ ТКАНИН ПЕЧІНКИ НА ХІРУРГІЧНИЙ ШОВНИЙ МАТЕРІАЛ З ШОВКУ	88
О.О. Стецун	
ПАТОГЕНЕЗ ПРИ СПРАВЖНІЙ ПОЛІЦИТЕМІЇ.....	89
<u>Т.О. Струкевич</u> , А.О. Крохмаль, С.В. Дашко	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ РИС ОСОБИСТОСТІ КЕРІВНИКІВ-ПОСАДОВЦІВ МЕТОДОМ	

ГРАФОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ.....	89
В.В. Сухоребра	
АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ АРТЕРІЙ СЕРЦЯ ЛЮДИНИ.....	90
В.Р. Тагеев	
ДЕРМАТОГЛІФІЧНИЙ МЕТОД В БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНІ.....	90
Н.В. Толочко	
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ГРУПИ КРОВІ. ПРОБЛЕМИ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ.....	91
К.О. Третьякова	
АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМИНИ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ДВАНАДЦЯТИПАЛОЮ КИШКОЮ.....	91
В. А. Тростенюк	
РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	92
О.І. Трухманова	
ПОРІВНЯННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН КЛІТИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ З ЛІКУВАННЯМ ТА БЕЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ.....	93
М.О. Фаустова	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИГРИБКОВОЇ ДІЇ ГОРОСТЕНУ® ТА ДЕКАСАНУ®.....	93
И.В. Фесенко	
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ РАЗНЫХ ЭТАПОВ ЛИМФООТТОКА ОТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	94
О. А. Філевич	
ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАТОЛОГІЙ У СТОМАТОЛОГІЇ.....	94
О. А. Філевич	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕХАНІЗМИ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ПЕЧІНКИ ТА ЇХ РЕГУЛЯЦІЮ.....	95
О.П. Хапіцька	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ РЕОВАЗОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ГОМІЛКИ З ПАРАМЕТРАМИ ТІЛОБУДОВИ У СПОРТСМЕНІВ МЕЗОМОРФІВ.....	95
<u>Ю.В. Хріненко</u> , Д.Д. Глевич	
НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЛЮДСЬКИЙ ОРГАНІЗМ.....	96
Н.Ю. Царюк	
ДИСТОПІЯ ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІУ ШЛУНКА ПРИ GERX.....	96
О.В. Чайковська	
ВАЛІДАЦІЯ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНОГО КОМПЛЕКСУ ДЛЯ ОЦІНКИ ДІЇ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МІОКАРД В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	97
А.К. Черніченко	
АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІННЕРВАЦІЇ МОЗКОВИХ АРТЕРІЙ І ВЕН.....	97
<u>М.В. Чернокозь</u> , П.Мальований, О.Б. Шевня	
ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЧАСУ ЛЮДИНИ ПІД ВПЛИВОМ КОЛЬОРУ.....	98
<u>І.А. Чирва</u> , С.С. Дерій	
СУЧАСНІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ МІОМИ МАТКИ. РОЛЬ ФАКТОРІВ РОСТУ І АПОПТОЗУ У ВИНИКНЕННІ МІОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ.....	99
І.С. Човган	
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ РОЗАЦЕА, АСОЦІЙОВАНИХ З HELICOBACTER PYLORI.....	99
М.Б. Шандра	
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО МІСЛОЛЕЙКОЗУ.....	100
<u>О.В. Швед</u> , Д.В. Онопрійчук	
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СТЕРЕОМЕТРИЧНУ БУДОВУ ПЕЧІНКИ.....	101
О.І. Штереб	
ВЗАЄМОВІДНОШЕННЯ КУТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ДЕЯКИМИ РОЗМІРАМИ МОЗКОВОГО ТА ЛИЦЬОВОГО ЧЕРЕПА.....	101
Ю.В. Щербич	
ЕЛЕКТРОННОМІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ЩУРІВ В ДИНАМІЦІ ПІСЛЯ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ РОЗЧИНУ НАЕС-LX-5 %.....	102
<u>Д.А. Юнашев</u> , В.С. Соловійов	
ІННЕРВАЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ЛЮДИНИ.....	102
<u>О.В. Юрій</u>	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ В МОРФОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ. ПРОГНОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ	

ВІД МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПУХЛИНИ.....	103
Г.Ю. Юрченко ВИРОЩУВАННЯ НЕЙРОНІВ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ МЕТОД У ЛІКУВАННІ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЦНС.....	103
Ярвенко Л.О. ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗУ ТА СТУПІНЬ ЕТАНОЛ-ІНДУКОВАНОГО УШКОДЖЕННЯ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ.....	104
О. В. Яцула МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНЕЗАРАЖУЮЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЛІКАРСЬКИХ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.....	105
СУСПІЛЬНІ НАУКИ	
SOCIAL SCIENCES.....	107
О.О.Бабська ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР НА СУЧАСНОМУ РІВНІ.....	107
Danylo Varabash DER STRESS IN DER HEITIGEN WELT.....	107
<u>М. В. Башинська</u> ПРОБЛЕМА ЗНИКНЕННЯ МОВ.....	108
Н. І. Бережна MODERN TECHNOLOGIES IN OUR LIFE.....	108
Є.Ю.Бондар МАРКЕТИНГ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	109
<u>Г. Ю. Боханов</u> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ОКРЕМИХ ОСОБИСТИХ НЕМАЙНОВИХ ПРАВ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ В УКРАЇНІ.....	109
В.І. Булашенко КАТЕГОРІЯ КОЛЬОРУ В СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	110
<u>В.О. Ветрова</u> , О.О. Боровська СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. НОРМАТИВНО- ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ.ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ.....	111
<u>В.В. Вихватнюк</u> ВИДІЛЕННЯ ФІЛОСОФСЬКОЇ ОСНОВИ У РЕЛІГІЙНОМУ ВЧЕННІ БУДДИСТІВ.....	111
<u>Д.О. Гаврилюк</u> , Г.І. Мельниченко ПРАВОВИЙ СТАТУС ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ.....	112
<u>К. І. Gagalushko</u> , S. P. Malchuk ELECTROLYTES.....	112
С. Гендимирадов ЗАКОНОДАВЧЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТЕРМІНУ «ПРОЦЕДУРА» ПРИ ЗДІЙСНЕННІ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ОБІГОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	113
А. О. Домашенко THE POSSIBILITY OF USING THE PROGRAM «SKIF».....	114
<u>С.В.Дяченко</u> МЕДІАЦІЯ – НОВА АЛЬТЕРНАТИВА В ДОСУДОВОМУ ВИРІШЕННІ КОНФЛІКТІВ У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ.....	114
Л.О. Єскеніна, М.О. Цокур КЛІНІЧНИЙ АУДИТ У СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	115
В.О. Запара АНГЛІЦИЗМИ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ.....	115
<u>М. М. Zhelizna</u> , Y.V. Naborets HYPERTHROMOCYSTEINEMIA.....	116
М.В. Калісвська, М.В.Панченко ПРАВОВОЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОБОЧОГО ЧАСУ ТА ЧАСУ ВІДПОЧИНКУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	117

К.О.Каминська	
BIORHYTHMIC PECULIARITIES OF CONCEPTION IN PEOPLE FROM DIFFERENT COUNTRIES.....	117
І.С. Кедровська	
СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ СФЕРИ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ.....	118
В.О.Кириченко	
ASCORBIC ACID CONTENT IN DIFFERENT MARINE ALGAE SPECIES OF SEA OF AZOV.....	119
А.Ю Киричова	
НЕОЛОГІЧНИЙ БУМ В УКРАЇНСЬКОМУ МОВНОМУ ПРОСТОРІ.....	120
<u>В.В. Клименко</u> , О.Г. Басінських	
ТОХОПЛАЗМОЗИС DURING PREGNANCY.....	120
Л.В. Коваленко	
РЕКЛАМА В СФЕРІ МЕДИЦИНИ: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ.....	120
Т.Л.Ковальчук	
НЕОЛОГІЗМИ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ.....	121
М. І. Кривонос	
THE INFLUENCE OF THE POPULAR FOOD ADDITIVE ON THE SMALL INTERSTINE.....	121
П.П. Кручаниця	
ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ЕКОНОМІЧНО КОМПЕТЕНТНОГО ВИПУСКНИКА МЕДИЧНОГО ВНЗ.....	122
М.Є. Крученко, В.А. Шоєтова	
MUSIC AND ITS INFLUENCE ON HUMAN BODY.....	123
V. Kudryk	
MORPHO-PHYSIOLOGICAL DIVERSITY IN THE DEVELOPMENT OF GIRLS OF 12-13 YEARS IN THE CONTEXT OF REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS.....	123
<u>О.В.Кузовлєва</u> , В.О.Федорченко	
ПРОБЛЕМИ КОРУПЦІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ.....	124
О.М. Кучерук	
ВЗАСМОВ'ЯЗОК ЛАТИНСЬКИХ НАЗВ М'ЯЗІВ З УКРАЇНСЬКОЮ ЛЕКСИКОЮ.....	124
О. У. Lepetenko	
ADVANTAGES OF ANTICANCER DRUGS IN THE TREATMENT OF PRECANCEROUS LESIONS.....	125
О.Ю. Лепетенко	
ДО ПИТАННЯ ПРО НОМІНАЦІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПУХЛИННОГО ХАРАКТЕРУ.....	125
В.О. Лисюк	
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ В УКРАЇНІ: ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ.....	126
А. І. Лукашенко	
ПОХОДЖЕННЯ ТА ТРАНСФОРМАЦІЇ ПОНЬЯТЬ, ЩО ОПИСУЮТЬ ПСИХІЧНЕ НЕЗДОРОВ'Я.....	127
Г. М. Малюта	
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	127
О. І. Matviychuk	
ORAL HORMONAL CONTRACEPTIVES.....	128
О.О.Мазур	
THE INFLUENCE OF ANA ACIDS ON THE PROBLEM SKIN.....	128
<u>Р. Malovaniy</u>	
SIMULATION SKIN ROLE IN PRACTICE OF YOUNG SURGEONS.....	129
П. К. Мальований	
ГНОСЕОЛОГІЯ БЕНЕДИКТА СПІНОЗИ (МЕЖІ ПІЗНАННЯ).....	129
Т. S. Melnik	
COMPLICATIONS OF DTP VACCINE.....	130
У. О. Німак	
БІЛІНГВІЗМ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ.....	130
І.І.Новиченко	
ДО ПИТАННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ПРИНЦИПІВ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	131
О. В. Овдієнко	
ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: НАЦІОНАЛЬНІ РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	132
В.В.Оголенко	

ДО ПИТАННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ.....	132
В.С. Орленко	
НЕОНАЛІСТИКА В УКРАЇНІ – СКЛАДНИЙ ЕЛЕМЕНТ НАЦІОНАЛЬНОЇ КУЛЬТУРИ. ТВОРИ ГРИГОРІЯ САВОВИЧА СКОВОРОДИ ЯК ПРИКЛАД ЛАТИНСЬКОМОВНОЇ СПАДЩИНИ.....	133
Д.В.Павлюк	
СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ГЕМАТОЛОГІЇ.....	133
В.І. Пасайлюк	
ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ МАРКЕТИНГУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ.....	134
М. А. Петренко	
МИСТЕЦТВО СЛОВА.....	135
К. І. Пікульська	
NEUROLOGY INVESTIGATION OF HUMOR.....	135
О.А.Постернак, В.О.Тищенко	
КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ.....	136
<u>Д.П. Радзивиллюк, М.Ю. Паламарчук</u>	
ПОСМЕРТНЕ ДОНОРСТВО ОРГАНІВ: ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ЗАКОНОДАВЧОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ.....	137
Н.П. Саулко	
ДО ПИТАННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ.....	137
І.А.Святка	
ЕКОНОМІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	138
Д. В. Святушенко	
РОЛЬ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І МЕНЕДЖМЕНТУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ.....	139
Г.О. Сокол	
THE INFLUENCE OF PREBIOTICS ON SLEEP QUALITY IN STRESSFUL SITUATIONS.....	139
О.О. Степанишена, В.Р. Тагеев	
РОЛЬ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В МЕДИЦИНІ.....	140
В.Р. Тагеев	
КАЛЬКА ТА ЯВИЩЕ КАЛЬКУВАННЯ У СУЧАСНІЙ УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ.....	140
О.В. Телегузова	
ВПРОВАДЖЕННЯ КЛІНІЧНОГО АУДИТУ: РОЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ ТА СУДОВИХ МЕДИКІВ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ.....	141
S. V. Tsap, O. O. Mazurenko	
PRIMARY HYPEROXALURIA TYPE 1.....	142
Т.І. Трофімчук	
МЕДИЧНА ПОСЛУГА: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ТРАКТУВАННЯ.....	142
О. А. Філевич	
APPLICATION OF KNOWLEDGE ABOUT THE SOMATIC STEM CELLS' MORPHOLOGY IN UKRAINE.....	143
<u>О.Г. Формода</u>	
ЕВТАНАЗІЯ. ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ.....	143
<u>О.О. Хватова, С.В. Гордійчук</u>	
ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ.....	144
Ю.Р.Христофор	
ОСНОВНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ.....	144
С.Ю.Чухрій,О.В.Колодій	
HOW MUCH SLEEP DO WE NEED?.....	145
В. М. Шевчук	
ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ.....	146
В.Ю. Шевчук	
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА».....	146
Я.П. Шуйська	
МЕТОДИКА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ “БАКАЛАВР” ДО ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ВЗАЄМОДІЇ.....	147

МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМ PUBLIC HEALTH.....148

В.Ю. Ангельська	
АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ВІДБОРУ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	149
В.Ю. Ангельська	
ПРИЧИНИ АСОЦІАЛЬНИХ ДІЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.....	149
<u>О. В. Андрійчук</u> , А.О. Сніцар	
САМОПОЧУТТЯ МОЛОДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОВСЯКДЕННОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ.....	150
<u>Ю.В. Антоненко</u> , В.М. Дончик	
УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З БОЙОВОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ.....	150
І.С. Антоненко	
ІППОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ СИМПТОМАМИ.....	151
С. А .Бардильов	
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В ЗОНІ АТО ЗА СИСТЕМОЮ ТССС.....	152
М. С. Безручко	
ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ СТУДЕНТІВ.....	152
<u>О.О. Білик</u> , Я.В.Вороновський	
ВПЛИВ ХАРЧУВАННЯ НА РОЗВИТОК ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ.....	153
А.С. Біліченко	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ЗРЯЧИХ ЛЮДЕЙ ТА З ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ.....	153
Т.О. Бойко	
МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ НАСЛІДКИ АВАРІЇ НА ЧАЕС ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПРОЖИВАЄ НА РАДІАЦІЙНО-ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ.....	154
<u>Г. Ю. Боханов</u> , Д. І. Пидоченко	
ПРОФІЛЬНІСТЬ ВИЇЗДІВ, НАВАНТАЖЕННЯ ТА ОСНАЩЕННЯ БРИГАДИ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ВІННИЦЬКОЇ СТАНЦІЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ.....	155
Я.В. Бугай	
НОВИЙ САРКОФАГ НА ЧАЕС – «УКРИТТЯ-2».....	155
<u>А.С. Бухштаб</u>	
КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗОРОВИЙ СИНДРОМ (КЗС) – ХВОРОБА XXI СТОЛІТТЯ.....	156
Ю.О. Василюк	
РАННЯ ІНТУБАЦІЯ ПРИ ЗУПИНЦІ КРОВООБІГУ.....	156
Ю. О. Вітрова	
РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОПТОЗУ ШЛЯХОМ АУСКУЛЬТОФРИКЦІЇ.....	157
К. М. Вудвуд	
НАЙРОЗПОВСЮДЖЕНІШІ ТРАВМИ У ВОЛЕЙБОЛІСТОК ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА.....	157
Я.В.Габорець	
ЗМІНИ ІМУНОБІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ СПОРТСМЕНІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛАФЕРОБІОНУ.....	158
<u>А.О. Геренко</u> , Д.Ю. Салій	
НЕОБХІДНІСТЬ ВИВЧЕННЯ СТУДЕНТАМИ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА САМООЦІНКА ЇХ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	159
<u>В.О. Гикава</u> , Ю.О. Каліновська	
ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	159
<u>Д. В. Головін</u> , М. І. Антонюк	
ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МАЛООБ'ЄМНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ІНФУЗІЇ ПРИ ГОСТРІЙ	

КРОВОВТРАТИ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ.....	160
<u>М.О. Гончаренко</u> , А.В.Благая, А.Ю. Рассолова	
ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ВМІСТУ НІТРАТІВ В ПЛОДООВОЧЕВІЙ ПРОДУКЦІЇ, ЯКА РЕАЛІЗУЄТЬСЯ В М.ЧЕРКАСИ.....	161
В.М. Гончарук	
СПОРТИВНИЙ ТРАВМАТИЗМ У СПОРТСМЕНІВ.....	161
<u>О.В. Горошинська</u> , О.Ю. Шишов	
ОСОБЛИВОСТІ ГІГІЄНІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЖИТТЯ ТА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ.....	162
<u>Г.О. Горпенко</u> , А.М. Євтушенко	
ЇЖА ЯК ЧИННИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ.....	162
<u>Б.З. Гулобов</u> , Ю.М. Лях	
ПЕРШІ ПІДСУМКИ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ «ХОСПІС» В 2016 РОЦІ НА БАЗІ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ №3 М. ВІННИЦІ.....	163
<u>А.В. Данилюк</u> , М.М. Гурін	
ЗНЕЗАРАЖЕННЯ ВОДИ.....	164
<u>М.В. Демянчук</u> , О.Б. Вишинська	
ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОГО ТРИКОРДЕРА ДЛЯ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ПАЦІЄНТА.....	164
А.В. Дениско	
АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІЛ/СНІД ІНФЕКЦІЮ В ПОТОЧНОМУ РОЦІ.....	165
Я.В. Джадан	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ.....	165
Н.В. Джевага	
ТЕСТ-ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ БАЗАРНОГО МОЛОКА І МОЛОКА З СУПЕРМАРКЕТА М.ВІННИЦЯ.....	166
<u>В.М. Кондратюк</u> , Р.М. Бектемірова, Т.О. Зайцева, Ю.Р. Дячок	
ПРИДАТНІСТЬ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СПЛІНТ-РАН ЦУРІВ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ЗАГОСННЯ В УМОВАХ ШТУЧНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ БАКТЕРІЯМИ.....	166
В.С. Зеленський	
ПРОБЛЕМА МІГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УКРАЇНІ.....	167
О.В. Зінченко	
ВИЯВЛЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА СНІД.....	168
<u>А.М. Зінчук</u> , К.Ю. Галашко	
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНOSTІ РОБОТОЮ ЛІКАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ ХВОРИМИ НА РАК ЛЕГЕНІВ.....	168
<u>О.М. Казмірчук</u> , Ю.В. Гуцуляк	
ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ШЛЯХУ ДО ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ.....	169
<u>К.І. Іваніщенко</u> , П. А. Квасова	
КОМПЛЕКСНІ ІНТЕНСИВНІ МЕТОДИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ КЛІНІК.....	169
С.О. Іванчишина	
АНАЛІЗ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД ЗА ТЕРИТОРІАЛЬНИМ РОЗПОДІЛОМ, ОСНОВНИМИ ПРИЧИНАМИ, ВИДАМИ ТА НАСЛІДКАМИ ЇХ СКОЄННЯ ЗА 2013-2015 РР.....	170
І.В. Ільчук	
ВПЛИВ ПАТОЛОГІЇ ПОПЕРЕКОВИХ І КРИЖОВИХ СЕГМЕНТІВ ХРЕБТА НА РОЗВИТОК ДИСФУНКЦІЙ СЕЧОВОГО МІХУРА.....	171
<u>О.О. Калашнікова</u> , Д.О.Гаврилюк	
ЛОГОПЕДИЧНИЙ МАСАЖ В СТРУКТУРІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З МОВЛЕННСВИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	171
<u>О.С. Кобзіна</u> , О.С. Короннов, Т.В. Тисевич	
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ ВИЩОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ, ОБУМОВЛЕНОГО ВПЛИВОМ ХАРЧУВАННЯ, ВТОМИ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	172
<u>Д.С. Кобзіна</u>	
ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НИРКОВІЙ КОЛЬЦІ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ.....	173

<u>О.В. Колодій, С.Ю. Чухрій</u> ПРОБЛЕМИ СМІТТЄЗВАЛИЩ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ.....	173
<u>О. Г. Коновал, Н.О. Шнайдер</u> ПРОБЛЕМА ФАНТОМНИХ БОЛІВ ТА ВІДМІННОСТІ ЇХ ПРОЯВУ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ АМПУТАЦІЯХ ТА АМПУТАЦІЯХ ВНАСЛІДОК ХВОРОБИ	174
<u>В.Ю. Коноваленко, М.-Ю.І. Петришина</u> ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА БІОЛОГІЧНОГО ОЧИЩЕННЯ ВОДИ В АЕРОТЕНКАХ ОЧИСНИХ СПОРУД МІСТА БЕРДИЧЕВА НА ПРИКЛАДІ ПОПУЛЯЦІЇ КРУГОВІЙЧАСТИХ ІНФУЗОРІЙ.....	174
<u>Н.В. Котик</u> ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОБИ В СТОМАТОЛОГІЇ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ СТАНУ ЗУБОЦЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ.....	175
<u>Б. І. Кохан</u> БІОІНДИКАЦІЯ ЯК МЕТОД ЕКОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ПРИКЛАДІ БІОТЕСТУВАННЯ СНІГУ НА ТЕРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГЛИХ ДО ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М. І. ПИРОГОВА.....	175
<u>А. В. Кравченко</u> СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ.....	176
<u>Л. Р. Криянівська</u> ЕКСТРЕННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ АНАФІЛАКТИЧНОМУ ШОЦІ.....	177
<u>О.О. Крюкова, Т.О. Хіміч, І.В. Паламар, О.М. Крекотень, М.Б. Тарасюк</u> СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ДО ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ.....	177
<u>Т.В. Кузьмінець, Г.О. Фурсенко</u> ВИПАДКИ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У СПОРТСМЕНІВ.....	178
<u>О.В. Долинна, М.В. Кумановська</u> РІВЕНЬ КОМОРБІДНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФОРМУЮЧИМИ ДОРСОПАТІЯМИ.....	178
<u>Ю.О. Купрата</u> ПРОФІЛАКТИКА ВПЛИВУ ДІОКСИНІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ.....	179
<u>К.А. Курій</u> ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТЕРОРИСТА.....	180
<u>В.В. Лагода, Р.О. Картелян</u> ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗАБРУДНЕННЯ СМІТТЯМ В УКРАЇНІ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ЦЬОЇ ПРОБЛЕМИ.....	180
<u>О.С. Лемешов</u> АЛГОРИТМ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ТРАВМОЮ ХРЕБТА.....	181
<u>В.П. Лепетун</u> РИЗИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК.....	182
<u>Ж. М. Лигущ, Т. Ф. Мостова</u> ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ КРОВОТЕЧІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ БЕЗ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.....	182
<u>Я.П. Лісков</u> АНОМАЛІЯ КІМЕРЛІ ЯК ПРИЧИНА ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ.....	183
<u>М.О. Лук'яненко, Є.В. Логінова</u> РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ.....	183
<u>Р.Л. Любевич, Т.Ю. Повшедна, О.В. Степаненко</u> КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РІВНЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, НАВЧАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТА УМОВ ПРАЦІ СТУДЕНТІВ І – ІІІ КУРСУ І ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ТИПОМ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ КОНСТИТУЦІЇ.....	184
<u>П. К. Мальований</u> ОСОБЛИВІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТА.....	185
<u>Б.О. Мандибура, О.А. Літун</u> ЗМІНА ПРІОРИТЕТУ У НАДАННІ НЕВІКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ІНФАРКТМ МІОКАРДА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ БРИГАДАМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	185
<u>М.І. Мартинець, Ю.О. Філяк</u> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ-ВЕГЕТАРІАНЦІВ.....	186

<u>М. С. Музика</u> , Г.М. Липівський	
ОЦІНКА ВПЛИВУ СПОРТИВНОГО МАСАЖУ, ЯК ЗАСОБУ ВІДНОВЛЕННЯ У СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ	186
Д.О. Орлова	
СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ.....	187
<u>Н.С.Павленко</u> , І.С.Шакаєва	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПНЕВМАТИЧНОЇ ПРЕСОТЕРАПІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПІСЛЯАМПУТАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ.....	188
В.О. Пашинський	
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АКТОПРОТЕКТОРІВ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	188
Я.С.Поліщук	
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УШКОДЖЕННІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ЗОНІ АТО.....	189
М.П. Польгун	
ОСОБЛИВОСТІ ЕВАКУАЦІЇ ПРИ НАДАННІ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ У ВІДДАЛЕНІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	190
<u>О.В.Романовська</u> , А.В. Верета	
ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ.....	190
<u>А.М. Рубленко</u>	
ТРИВОЖНА ВАЛІЗА.....	191
К.Ю.Рудюк	
ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ З ТОЧКИ ЗОРУ ПІГІЄНИ.....	191
Т.С. Рябець	
ЕКОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ПИТНОЇ ВОДИ УКРАЇНИ.....	191
<u>Т.С. Рябець</u> , А.В.Ваколюк	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТА АВАРІЇ НА СТАНЦІЇ ФОКУСИМА.....	192
Т.В. Секрет	
ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ДІАБЕТИЧНИМИ КОМАМИ.....	193
<u>А.В. Стемпен</u> , А.О. Шиманський, К.О. Маркиш	
УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ ПОЛОСКАННЯ ГОРЛА ЯК СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОНЗИЛІТІ.....	193
<u>Д.В. Сімчук</u> , Б.В. Грибук	
ДОГОСПІТАЛЬНА ДОПОМОГА ТРАВМОВАНИМ БРИГАДАМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІННИЦЬКОЇ СТАНЦІЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ЗА ПЕРІОД 2012-2016 РР.....	194
<u>А. А. Струтинська</u>	
ПРОБЛЕМИ УТИЛІЗАЦІЇ ПОЛІМЕРІВ	195
М. С. Судома	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМОСТАВЛЕННЯ ТА ЕМПАТІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ.....	195
А.О. Бахтізіна, <u>М.В. Торопчина</u>	
ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ І ФАКТОРИ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ОСІБ З КАРДІАЛГІЄЮ.....	196
<u>О.В. Юрій</u> , В.А. Тростенюк	
ПРОФЕСІЙНІ ШКІДЛИВОСТІ ПРАЦІВНИКІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.....	196
<u>М.В. Грубецький</u> , <u>А.В. Григор'єва</u> , <u>О.Д. Монастирський</u>	
ВПЛИВ НАВЧАННЯ НА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	197
А.В. Турчак	
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРАКЦІЙНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ БОЛЕМ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ.....	197
<u>Є.А. Федоренко</u> , Т.В. Кава	
ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ ГЛОБАЛЬНОГО ТЯГАРЯ ХВОРОБИ В ОЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	198
Т.М. Хлипняч	
ОСОБЛИВОСТІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ОРГАНУ ЗОРУ В УМОВАХ АТО ТА ШЛЯХИ ЇЇ МІНІМІЗАЦІЇ.....	198
В.Е. Чернобіль	
ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	199

Т.І. Чіхрай	
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ.....	200
<u>О.В. Чміленко</u> , Д.С. Кравчук	
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СТУДЕНТІВ.....	200
<u>В.В.Чорний</u> , Є.О.Панченко	
МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗОНІ АТО В ПЕРІОД 2014-2016 РОКІВ.....	201
<u>С.Ю.Чухрій</u> , О.В.Колодій	
ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ.....	201
С.П. Шавула	
ЗВ'ЯЗОК ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ З ВИНИКНЕННЯМ БОЛЮ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ.....	202
<u>Д.М. Шад</u> , Д.О. Левковська	
ДИНАМІКА ВИЇЗДІВ БРИГАД КРОВООБІГУ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ З ПОДАЛЬШИМ ПРОВЕДЕННЯМ ТРОМБОЛІЗИСУ ПРЕПАРАТОМ «АКТИЛІЗЕ».....	203
М.П. Шванц	
ДЕСИНХРОНОЗ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ. ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	203
С.М. Якліч	
КОРЕКЦІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ.....	204

ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ PHYSICS AND CHEMISTRY.....205

<u>О.Г. Басінських</u> , А.В.Луканова	
ХІМІЯ В КУЛІНАРІЇ.....	206
<u>К.Б. Баширова</u> , В.В.Ткаченко, О.Б. Дашкевич, Картавих	
ВІТАМІНИ: БІОЛОГІЧНА РОЛЬ, МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ.....	206
Е.В.Береснева, Р.Н.Зароченцев	
ПРИНЦИПИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ НА СОВРЕМЕННОМ ЕТАПЕ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УКРАИНЕ.....	207
Maria Vasilieva	
BIOCHEMICAL QUALITY CHANGES IN TEARS.....	208
В.В. Венцель	
ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ЦИФРОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	208
Я.В.Габорець	
БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ, СИГНАЛЬНІ ОНКОГЕНИ ТА КООРДИНАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ РАКУ ЯСЧНИКІВ.....	209
О.А. Гнатій, М.А. Зубікова	
ОСОБЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ МЕХАНІЧНОЇ МОДЕЛІ ДІЛЯНКИ СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....	209
К.В. Гуцаленко, М.В. Карлійчук	
ВИКОРИСТАННЯ ПРИРОДНИХ КИСЛОТНО-ЛУЖНИХ ІНДИКАТОРІВ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ рН СЕРЕДОВИЩА.....	210
Є.О. Довгаль	
ВИЗНАЧЕННЯ РОСЛИННИХ ПІГМЕНТІВ В ГУСТОМУ ЕКСТРАКТІ З ЛИСТЯ РОГОЗУ ВУЗЬКОЛИСТОГО.....	210
<u>С.В. Должикова</u> , А.В. Дениско	
ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СЛУХУ ЛЮДИНИ ТА ДОСЛІДЖЕНЬ ВІДНОВЛЕННЯ СЛУХОВОГО ВІДЧУТТЯ.....	211
<u>М.А.Карбівнича</u> , Д.О.Орлова	
ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ АСКОРБІНОВОЇ КИСЛОТИ.....	212
В.О. Коваль	
ЗАСТОСУВАННЯ ЛАТИНСЬКИХ КВАДРАТІВ ДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРИМЕНТІВ.....	212
М.В. Косолапова	
ПЭТ-КТ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.....	213
<u>Ю.О.Кутельмах</u> , А.О.Домашенко, М.І.Міклеїн	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ II.....	214

А. О. Леус МОНІТОРИНГ ЯКОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ ЧЕРЕЗ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ PH ТА ЕЛЕКТРОПРОВІДНОСТІ.....	214
Л.І. Лиса ВПЛИВ ФРЕТИНГУ НА ВЛАСТИВОСТІ СПИРТУ ТА СПИРТОВИХ РОЗЧИНІВ.....	215
<u>І.А. Лозова, Гришина А.О.</u> ОБМІН ПУРИНОВИХ ТА ПРИМІДИНОВИХ НУКЛЕОТИДІВ: МЕДИКО-БІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ.....	216
П. К. Мальований ОНЛАЙН-ПОМІЧНИК МОЛОДОГО ЛІКАРЯ.....	216
А.В. Мельник СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ВПЛИВУ МОДУЛЯТОРІВ ОБМІНУ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ МІОКАРДА ЩУРІВ.....	217
<u>Mohammed IrFanuddin, Pamela Osiaku</u> CELL-FREE PROTEIN SYNTHESIS – MODERN CAPABILITIES.....	217
Д.О. Некрут РОЛЬ ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРУ РОСТУ-1 У ФОРМУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ГІПЕРГОМОЦІСТЕЇНЕМІЄЮ.....	218
В.М. Нечипорук ВПЛИВ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ НА ПРОЦЕСИ ДЕСУЛЬФУРУВАННЯ В СЕРЦІ.....	219
<u>Ю.В. Ниркова, Н.В. Сизоненко</u> «ВИКОРИСТАННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК ОДНОГО З АКТИВНИХ ФОРМ І МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ХІМІЇ».....	219
<u>Ю.В. Олешко, Т.В. Лисюк</u> РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ В РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	220
<u>Р.С. Остренюк, В.В. Блаженко</u> ВПЛИВ ВИСОКОЖИРОВОЇ ДІСТИ НА ВМІСТ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В МІОКАРДІ ТА НИРКАХ ЩУРІВ.....	220
<u>Д.-М.В. Пазюк, Н.С. Бурда</u> ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ СУМИ ОРГАНІЧНИХ КИСЛОТ В СИРОВИНІ МОРКВИ ПОСІВНОЇ СОРТІВ «ЯСКРАВА» ТА «НАНТСЬКА ХАРКІВСЬКА».....	221
І. В. Паламарчук ВПЛИВ ЕКЗОГЕННОГО ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ НА ЕКСПРЕСІЮ ТА АКТИВНІСТЬ ЦИСТАТІОНІН-ГАМА- ЛАЗИ В МІОКАРДІ ЩУРІВ ЗА СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО ДІАБЕТУ.....	221
<u>О.О. Пластун, Р.В. Мельник</u> ВПЛИВ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ НА ПРОЦЕСИ ДЕСУЛЬФУРУВАННЯ ЦИСТЕЇНУ В НИРКАХ.....	222
<u>Б.В. Плотниця, О.І. Сушицька</u> УНІКАЛЬНІСТЬ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ РОСЛИНИ SNAHAENERIUM ANGUSTIFOLIUM.....	223
А.А. Пономаренко БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ СТАРІННЯ.....	223
<u>В.В. Процька, О.А. Кисличенко</u> ВИЗНАЧЕННЯ ЧИСЛОВИХ ПОКАЗНИКІВ КОРЕНЕВИЩ З КОРЕНЬМИ, ЛИСТЯ ТА КВІТОК ХОСТИ ПОДОРОЖНИКОВОЇ.....	224
Я. В. Ровнер СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ІНГІБІТОРИ МАТРИЧНИХ СИНТЕЗІВ.....	224
<u>К.В. Сокровищук, В.В. Тихонова</u> ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНУ СYP2C19 НА МЕТАБОЛІЗМ КЛОПІДОГРЕЛЮ.....	225
<u>Т.О. Струкевич, К.В. Небилиця</u> ВПЛИВ КОРТИЗОЛУ НА ОБМІН РЕЧОВИН НА ТЛІ ГІПО- ТА ГІПЕРФУНКЦІЇ КОРИ НАДНИРНИКІВ.....	225
К.М. Тубулкан СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ H2S-ІНДУКОВАНОЇ ВАЗОДИЛЯТАЦІЇ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ У ЩУРІВ.....	226
<u>А.В. Циганенко, А.Ю. Колеснік, В.А. Краснодубець, А.Ю. Некрашевич</u> АМІНОКИСЛОТИ ЯК ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПРЕПАРАТИ.....	227
<u>М.В. Черноконь, Я.В. Бугай</u> РІВЕНЬ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ НЕ ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	227
<u>К. О. Юнцова, І. С. Юркіна</u> ФІЗИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ МРТ.....	228

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.....229

О.В.Басараб ВИКОРИСТАННЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЇ СПЕКТРОСКОПІ В ПРОГНОЗУВАННІ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ.....	230
<u>Л.А. Бевзюк</u> ДІАГНОСТИКА ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ.....	230
Л.Я. Васильєва ВПЛИВ АСОЦІАЦІЙ УМОВНО ПАТОГЕННИХ І ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ.....	231
М.А. Войцешина ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ТА РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РЕЗУС-КОНФЛІКТНОЮ ВАГІТНІСТЮ.....	231
Н. С. Волошинович «ПОЛПИ ТІЛА МАТКИ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ».....	232
<u>Т.О.Волощук</u> , Д.А.Олексієвець ВИКОРИСТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТОТРЕКСАТОМУ ЖІНОК З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ.....	233
<u>І.О. Воробей</u> , Д.В. Лісовська КОРОТКА ШИЙКА МАТКИ. ЧИ МОЖЛИВЕ ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ?.....	233
<u>Т.А. Гекалюк</u> , Ю.О. Василюк ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ У ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	234
М.Я. Гула ЦЕРВІКАЛЬНА ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНА НЕОПЛАЗІЯ , СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	234
<u>Я.М. Демчишин</u> , О.О. Місюра ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ТА КРОВОТОКУ В ЯЄЧНИКОВИХ АРТЕРІЯХ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ.....	235
<u>С.В. Демянюк</u> КОНСЕРВАТИВНІ ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІД ЧАС КЕСАРІВ РОЗТИНУ.....	236
<u>С.А. Дзьоник</u> , І. І. Дубінець ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ МІОМИ МАТКИ.....	236
<u>К.В. Дяк</u> , О.М. Юзько «ЧИ МОЖНА ПРОГНОЗУВАТИ ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ?» ДАНІ ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНИЙ ДОСВІД.....	237
Х.І. Замнифіст ХЛОПЧИК/ДІВЧИНКА? АБО ЯК СПЛАНУВАТИ СТАТЬ ДИТИНИ ЗА ДОПОМОГОЮ ОВУЛЯЦІЇ.....	238
<u>Т.Ю.Калінчук</u> , І.П. Климко АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ. ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	238
<u>Д.В. Коваленко</u> , Л.П. Гап'юк ПРОБЛЕМА ШТУЧНОЇ ПЛАЦЕНТИ В АКУШЕРСТВІ.....	239
В.О. Ковач МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ ЕПІТЕЛІО ШИЙКИ МАТКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ.....	239
І.Ю. Костюк ГАСМ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	240
<u>А.В. Куранова</u> , С.Г. Приймак СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ У ПАЦІЄНТОК З МІОМОЮ МАТКИ.....	240
<u>О.Б. Лесик</u> , Г.В. Чайка НОВОУТВОРЕННЯ ЯЄЧНИКІВ У ДІВЧАТОК.....	241
О. У. Lepetenko ADVANTAGES OF ANTICANCER DRUGS IN THE TREATMENT OF PRECANCEROUS LESIONS.....	241

<u>Д.В. Лісовська, І.О. Воробей</u> ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ЗА НАЯВНОСТІ КОРОТКОЇ ШИЙКИ МАТКИ.....	242
Т.П. Маврова ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ.....	243
О.Ю. Макарицька МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ ТА ОСНОВНІ ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ БАГАТОВОДДЯ.....	243
<u>С.С. Бакало, Д.Ю. Мамчур</u> СТАТЬ ДИТИНИ ЗА КАЛЕНДАРЕМ ОВУЛЯЦІЇ.....	244
Ю.Г. Мельник АЛЬГОДИСМНОРЕЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ.....	244
<u>А.М. Москаленко</u> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ.....	245
<u>О.А. Мунтян, В.І. Булаченко, О.В. Булаченко</u> ДІАГНОСТИКА РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ.....	246
Onisarotu Nana Aisha Temilayo PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE INTENSITY OF PRIMARY DYSMENORRHEA...	246
<u>О.І. Небеснюк, Г.І. Ордак</u> АНАТОМО – ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЯЄЧНИКІВ ПІСЛЯ ГІСТЕЕКТОМІЇ.....	247
С.В. Ніколайчук ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ.....	247
<u>В.В. Онишкевич, В.Г. Савич</u> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЗАВМЕРЛОЇ ВАГІТНОСТІ ВМКПБ №2 ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАНОМ НА 2016 РІК	248
<u>І.В. Олексієнко, І.В. Пролигіна, В.Г. Чернова</u> ЦЕРВІКОМЕТРІЯ ТА ФЕТАЛЬНИЙ ФІБРОНЕКТИН ЯК ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ.....	249
Т.В. Пастернак ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПРОЯВІВ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ ТА СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК.....	249
М.І. Піщуліна ВИКОРИСТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	250
<u>А.В. Плужник, Л.Г. Дубас</u> КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ І ДИСТРЕСУ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З БАГАТОВОДДЯМ.....	250
<u>О.М. Подважук, Л.А. Романюк</u> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРЕНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ, КЛІНІКО-АНАМНЕТИЧНИХ ДАНИХ ТА РЕЗУЛЬТАТІВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ.....	251
<u>А.З. Срібняк, М.Д. Гресько</u> ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНИХ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПРОЯВІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДЕФІЦИТОМ ЕСТРОГЕНІВ	251
О.І. Сушицький ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАХОДІВ ПО ПРОФІЛАКТИЦІ ПОЛОГОВОГО ТРАВМАТИЗМУ.....	252
О.В. Телегузова ВАГІТНІСТЬ ТА СТАТЕНЕ ЖИТТЯ – ФІЗИЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ.....	253
О.О. Твердохліб ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ.....	253
Я.Й. Тросцінська ВІДНОВЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ.....	254
<u>Ю.Р. Христофор, М.К. Губенко</u> СУЧАСНІ ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДДЯ.....	254
М.В. Шворац МІХУРОВИЙ ЗАНЕСОК ЯК РЕЗУЛЬТАТ ПАТОЛОГІЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ. РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ, СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ВАЖЛИВІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ.....	254
Шібу Шарен Сара, Б.В. Дністрянській, М.В. Собіборець	

РОЛЬ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА В ФУНКЦІОНУВАННІ ГИПОТАЛАМУС-ГИПОФИЗ-ОВАРІАЛЬНОЇ СИСТЕМИ	256
<u>Х.В. Явдошняк</u> ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У РІЗНОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ.....	256

ПЕДІАТРІЯ

PEDIATRICS.....257

Alaa Osama Al-Omari, Ahmed Mohammed Hasavneh MONITORING OF THE TREATMENT EFFECT OF THE IMMUNE-BIOLOGICAL DEUGS IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS.....	258
Ramesh Hitesh CONGENITAL ZIKA SYNDROME.....	258
Ю.І. Белякова СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ В ДІТЕЙ.....	259
Т. П. Березівська ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ТОКСОКАРОЗУ У ДІТЕЙ.....	259
М.Г. Білень ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ СИНДРОМУ КОРНЕЛІЇ ДЕ ЛАНГЕ.....	260
В.М. Бондаренко ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	261
<u>В.О. Величко</u> , Ю.І. Лобортас РОТАЦИЗМ ЯК РІЗНОВИД ДИСЛАЛІЇ У ДІТЕЙ.....	261
<u>В.Ю. Вдовиченко</u> , С.В. Цісарж ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ.....	262
А.Ю. Годованюк ФАКТОРИ РИЗИКУ БРОНХІОЛІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.....	262
А.М. Гончарук КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МІКОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ.....	263
<u>О.О. Градівський</u> , К.А. Сербінова ЕФЕКТИВНІСТЬ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ.....	263
М.Я. Гула ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБТЯЖЕНИМ АНАМНЕЗОМ.....	264
<u>Ю.А. Гушинець</u> , В.М. Бондаренко ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРЕБІГУ ГОСТРОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ.....	265
О.А.Гусак О.О.Білик ВПЛИВ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ НА РОЗВИТОК ПЛОДА ТА ДІТЕЙ У РАНЬОМУ ДИТЯЧОМУ ВІЦІ.....	265
В.В. Дем'янишина КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВІТАМІНУ ДЗ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ.....	266
<u>О.В. Жураховська</u> , О.О. Мельник КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІСТІОЦИТОЗУ У ДІТЕЙ.....	267
А.С. Заяц ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СПІНАЛЬНОЇ ПОЛОГОВОЇ ТРАВМИ.....	267
<u>Л.В. Закліцька</u> , О.О. Штокало ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ З ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ У ДІТЕЙ З КЕТОАЦИДОЗОМ НА ТЛІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ.....	268
<u>Д.Й. Кароль</u> , Т.О. Лазуркевич СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК – ПЕРЕБІГ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ.....	268
<u>О.О. Калашнікова</u> СИНДРОМ РАПТОВОЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ. ЕТІОЛОГІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ.....	269
<u>В.Л. Кобець</u> , С.І. Поніна ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ДИТИНИ.....	270
О.С. Ковальчук ЛЕГКІ АЛГОРИТМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ.....	270

<u>Г. Ю. Король</u> , В. І. Булавенко, А. О. Шиманський ЗАСТОСУВАННЯ КОНЦЕНТРАТИВ ФАКТОРІВ ПРОТРОМБІНОВОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	271
<u>М.О.Корнієнко</u> , В.А. Стародуб ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ.....	271
<u>О.О.Купрата</u> РОЛЬ ПРОБІОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ.....	272
О.В.Куцак ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОНТРОЛЮ АТОПІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ВІДПОВІДІ НА БАЗИСНУ ТЕРАПІЮ.....	272
<u>Е.Б.Кульчицька</u> , Ф. Лазаренко, О.О. Левченко. ЗНАЧЕННЯ ДИНАМІЧНОЇ ЕХОХОЛЕЦИСТОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ.....	273
О.О. Купрата УРАЖЕННЯ ОРГАНУ ЗОРУ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	274
<u>Т.С. Лешук</u> , Доже Уша, Лекшмі Суреш, Платті Досе Лаймол СИНДРОМ ДАУНА: МОЖЛИВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ.....	274
<u>В.П. Лепегун</u> , Ю.О. Журавська ЦИТОМЕГАЛОВІРУС У ДІТЕЙ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	275
А.Ф.Летнянка ОБІЗНАНІСТЬ БАТЬКІВ СТОСОВНО ПРОВЕДЕННЯ ГІГІЄНИ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ.....	275
Є.В. Логінова ТОКСОКАРОЗ У ДІТЕЙ.....	276
О.О. Лошатецька ПРИЧИНИ ТА НОВИЙ ПОГЛЯД НА КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ КЕФАЛОГЕМАТОМ.....	277
О.В. Любів СТАН ЗДОРОВ'Я НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЯ ПЕРЕДЧАСНО І ПЕРЕНЕСЛИ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВІ КРОВОВИЛИВИ.....	277
О.Г. Мазур ВПЛИВ ЕПІДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ НА РОЗВИТОК ЗАТЯЖНИХ ЖОВТЯНИЦЬ НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	278
S. Makhanovska PHYSICAL HEALTH FEATURES OF MIDDLE SCHOOL AGE CHILDREN DEPENDING ON SCHOOL LOAD.....	279
Ю.Г. Мельник ПАНКРЕАТИЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ І АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК І МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ.....	279
<u>В.В. Михальчишена</u> , С.Б. Козак ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ.....	280
А. В. Нестреляй ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ.....	281
Нгуен Тхи Лиен КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С СУБСЕПСИСОМ ВИССЛЕРА-ФАНКОНИ..	281
<u>Д.А. Олексієвць</u> , Я.Й Тросцінська КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГРИПУ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ В ПЕРІОД ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СПАЛАХУ 2016-2017 РОКІВ.....	282
<u>О.В.Ординська</u> , О. Ю. Іванова ДІАГНОСТИКИ АСКАРИДОЗІВ У ДІТЕЙ.....	283
<u>Н.В. Орлова</u> , М.О. Харькова ПИЩЕВЬЕ ПРИВЫЧКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	283
<u>О.В. Павлік</u> , І. І. Габрук ОЦІНКА ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ГРВІ СЕРЕД ДІТЕЙ.....	284
<u>П.В. Панчук</u> , А.Я. Сірак, С.В. Муховська ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВЕГЕТО- СУДИННІЙ ФОРМІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ.....	284

М.І Піщуліна	
ВПЛИВ НА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ПОЛІМОРФНОГО ВАРІАНТУ RS804271 ГЕНА GATA4.....	285
Т.Ю. Повshedна	
ВРОДЖЕНІ ПУХЛИНИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ.....	285
І.І. Ремінна	
ПОКАЗНИКИ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ (TLR 2 ТИПУ), ЯК КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНОЇ ТА НАБУТОЇ ПНЕВМОНІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ.....	286
<u>Я.О. Родь</u> , О.О. Ющенко	
ПОШИРЕНІСТЬ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ПАРОКСИЗМАЛЬНУ ВЕГЕТАТИВНУ НЕДОСТАТНІСТЬ.....	287
Н. П. Русак	
РІВЕНЬ ПАРАТГОРМОНУ ТА ПОКАЗНИКИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З РАХІТОМ НА ТЛІ НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ.....	287
<u>Р.О. Рябчун</u> , А.О. Шиманський, Н.Г. Лебеденко	
АТЛАНТИЧНА ХВОРОБА У ДІТЕЙ.....	288
В. Г.Савич	
КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ САНФІЛІППО.....	288
Г.П. Сосна	
ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ НЕМОВЛЯТ, ХВОРИХ НА КАШЛЮК.....	289
<u>М.С. Стоян</u> , В.М. Свекатун, В.Д.Поліщук.	
КОРЕКЦІЯ ФЕНОМЕНУ ГЕТЕРОХРОНІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕРОЗ.....	290
<u>Я.А Степанова</u> , О.Р. Дацків, С.О. Дмитренко	
МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ТА ЇХ ІНФОРМАТИВНІСТЬ В ДІАГНОСТИЦІ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ.....	290
В.О. Тищенко	
ЛАКТАТ ДЕГІДРОГЕНАЗА ТА КРЕАТИНФОСФОКІНАЗА - МАРКЕРИ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ГІПОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ МОЗКУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ.....	291
<u>К.І.Тищенко</u> , В.В.Онишкевич, О.Л.Юнусова	
ДИНАМІКА ФОРМУВАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ВИДІЛЕНИХ ВІД ПАЦІЄНТІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	291
<u>І.О. Тімохіна</u> , Є.В. Баштаннік, Д.В. Павлюк	
ОСОБЛИВІСТЬ ЛІКУВАННЯ НЕУСКЛАДНЕНИХ ГРВІ У ДІТЕЙ 3-6 РОКІВ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ.....	292
О.А.Ткач	
НЕКРОТИЧНИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ.....	293
Я.Й.Тросцінська	
ЗНАЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	293
В. А. Тростенюк	
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.....	294
<u>А.Д.Хібінська</u> , А.В.Яценко	
ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	294
М.А. Khomenko	
THE FEATURES OF EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH OBESITY.....	295
А.О. Хомовська	
ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ІНТЕРСТИЦІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З ХВОРОБОЮ ДАУНА.....	296
І.В. Цибрій	
ВІДМІННОСТІ ВВЕДЕННЯ ПРИКОРМІВ У МІСЬКІЙ І СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	296
<u>Ю.А. Чемко</u> , А.М. Поліщук, М.А. Глюза	
ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З УРАХУВАННЯМ ПАТОЛОГІЇ МАТЕРІВ.....	297
І.С. Човган	
ПОШИРЕННЯ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ДИТЯЧОЇ ПОПУЛЯЦІЇ.....	298
<u>О.М. Шийка</u> , Ю.С. Придатченко	
ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ ВОДКЛ.....	298

ТЕРАПІЯ

THERAPY.....299

<u>A.B. Belinsky, A.M. Bobr</u> DIAGNOSTICS OF CORONARY-PULMONARY BYPASS IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE. CLINICAL CASE.....	300
<u>V. Gnaciuc, E. Samohvalov, V. Jacotă, S. Samohvalov, A.A. Akel</u> DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE IN DETERMINING OF THE MEDIA INTIMA- IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE.....	300
<u>Ye.A. Frolov, H.V. Romanenkova</u> THE COMPREHENSIVE DIAGNOSTICS OF DIABETIC ENCEPHALOPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS (T1DM).....	301
<u>I.A. Matceac, V. Torgai, R. Ridcodubschi, T. Legcun, T. Gogoi</u> THE IMPACT OF COMORBIDITIES IN THE DEVELOPMENT OF INFECTIVE ENDOCARDITIS.....	301
<u>I. Revenco</u> THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF GLYCATED HEMOGLOBIN AND MICROVASCULAR COMPLICATIONS IN ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2.....	302
<u>R. Ridcodubschi, V. Corcea, I. Matceac, V. Torgai, R. Baroncea</u> INFECTIVE ENDOCARDITIS OF CARDIAC IMPLANTABLE ELECTRONIC DEVICES' PATIENTS.....	302
<u>S. Sargarovschi, M. Rotaru, E. Samohvalov, M. Abraş, L. Gîrbu, A. Grib</u> SHOCK INDEX AS A PREDICTOR INSTRUMENT FOR MONITORING PATIENTS WITH NSTEMI.....	303
<u>О.Я. Авдеева, Н.В. Джевага</u> РАДІОНУКЛІДНА ДІАГНОСТИКА ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ (ІХС, ІМ).....	303
<u>О.Ю. Бабійчук А.С. Данилюк</u> СТРУКТУРНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ШЛУНКОВО КИШКОВОГО ТРАКТУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ.....	304
<u>К.Й. Баркасі, Н.В. Плющик</u> КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.....	304
<u>Р.Р. Баронча, И. Матчак, В. Атаманюк, Т. Легкун, Р. Ридкодубский</u> ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	305
<u>В.М. Бондаренко</u> ВИКОРИСТАННЯ ГУАРЕМУ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З ОЖИРІННЯМ І ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНЕВОГО ОБМІНУ.....	305
<u>В. М. Бондаренко</u> РОЗРАХУНОК ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ ПО ЦИСТАТИНУ С У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ.....	306
<u>Я.С. Боровська</u> СКЛЕРОЗ МЕНКЕБЕРГА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.....	306
<u>О.І. Бородавко</u> ПОШИРЕНІСТЬ ОСТЕОПОРОЗУ ТА ОСТЕОПЕНІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.....	307
<u>І.В. Боднар</u> СТАТИСТИЧНА ОЦІНКА ЧАСТОТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЖІНОК НА ХВОРОБИ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ.....	307
<u>Д.С. Борога, І.С. Качан</u> СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК ІЗ КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ.....	308
<u>А.О. Брюханова</u> АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО БІЛАРНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ.....	309
<u>О.П. Букач</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА T-786C ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ОКСИД АЗОТУ СИНТАЗИ.....	309
<u>А.В. Ваколук, Т.С. Рябець</u> ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА НАСЛІДКІВ АВАРІЙ НА ЧАЕС НА АЕС ФУКУСІМА.....	310
<u>Д.С. Васильєва, А.В. Матушак</u> КОНТАКТНИЙ ДЕРМАТИТ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ПРОФЕСІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	310

<u>Д.С. Верхованцев, Я.М. Демчишин</u> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТРАЛГІЇ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ.....	311
<u>М.В. Волошина, І.О. Сіцінська, О.М. Клепар, Т.О. Бербенчук</u> ОСОБЛИВОСТІ КОМОРИДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ	312
А.О. Гаджало АНГИОПАТИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (СД).....	312
<u>І.О. Гайченя, В.В. Лагода</u> КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ	313
<u>К.В. Гиренко, О.В. Сулімко</u> ДЕЯКІ АСПЕКТИ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ВИСОКОТОКСИЧНИХ КОМПОНЕНТІВ РАКЕТНОГО ПАЛИВА НА ОРГАНІЗМ ЛІКВІДАТОРІВ РАКЕТНО-ЯДЕРНОЇ ЗБРОЇ НА ВІННИЧИННІ.....	314
Д.М. Голубев ДИФЕРЕНЦІА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST.....	314
<u>Б.В. Грибук, Т.В. Динис</u> ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В ЯК ФАКТОР ГАЛЬМУВАННЯ РОЗВИТКУ ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ.....	315
О.В. Грібенюк ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СУДИННОЇ СТІНКИ ТА ГУМОРАЛЬНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТОЗУ.....	315
М.А. Громова РОЛЬ ПЕРЕКРЕСТНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФРУКТОВО-ЛАТЕКСНОГО СИНДРОМА.....	316
<u>Т.І. Гряділь, Т.І. Бенца</u> ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА СУПУТНЬОМУ ОЖИРІННІ.....	317
І.С. Гуренко РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ В ПОСТАНОВЦІ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ.....	317
<u>Ю.А. Гушинець, Д.А. Олексієвець</u> ТРАВМАТИЗАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ СТРИБУНІВ У ВОДУ.....	318
<u>С.В. Давіденко, М.Р. Гучок, О.В. Боєчко</u> ОЦІНКА ВПЛИВУ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗЕВИХ ІН'ЄКЦІЙ У ВЕРХНІЙ ЗОВНІШНІЙ КВАДРАНТ СІДНИЦІ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ГРУШОПОДІБНОГО М'ЯЗА.....	318
Т.Д. Данілевич ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЧАСТИХ РЕЦИДИВІВ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ.....	319
<u>Я.М. Демчишин, Д.С. Верхованцев</u> СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ТРОМБОЦИТОПЕНІЮ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЮ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НСУ- ЕТИОЛОГІЇ.....	320
Д.В. Діденко ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА СТАБІЛЬНА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ: ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ.....	321
В.Ю. Дорожинська ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СТАН АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОМОРИДНОГО КИСЛОТОЗАЛЕЖНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	321
<u>І.І. Дубінець, Т. А. Стаднік</u> ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ У ПАЦІЄНТІВ З ВУГРОВОЮ ХВОРОБОЮ	322
<u>В. Жакотз, А. Греждиєру, О. Бырка, М. Ротару, Р. Ридкодубський</u> ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	322
Н.В. Жебель ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ АПОЛІПОПРОТЕЇНУ Е ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ДИСЛІПІДЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	323
Х.І. Замнифіст ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК.....	323
О.В. Зінченко	

ВИЯВЛЕННЯТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА СНІД.....	324
К.Ю. Зубчук	
СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ МНОЖИННОЇ МІСЛОМИ.....	325
А.В. Іванкова	
СТАН ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ	
ЕКСТРАСИСТОЛІЇ.....	325
П.В. Ігрушкіна	
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ	
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ	326
І.С. Качан, Д.С. Борота	
ЧАСТОТА ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ХОРДАЛЬНОГО АПАРАТУ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З	
ТЯЖКОЮ МІТРАЛЬНОЮ РЕГУРГІТАЦІЄЮ	326
М.С. Кмитюк	
ДЕПРЕСІЯ ЯК СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ У РІЗНИХ ГРУП ТЕРАПЕВТИЧНИХ ХВОРИХ.....	327
М. С. Кмитюк, В. А. Булан	
У ПОЛОНІ ПІТЬМИ. ПІГМЕНТНА КСЕРОДЕРМА	328
В.Л. Кобець	
ВРОДЖЕНІ ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ.....	328
К.М. Ковальчук	
МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У	
ЧОЛОВІКІВ.....	329
О.С. Ковальчук	
ЛЕГКІ АЛГОРИТМИ ДЛЯ КУПІРУВАННЯ ВАЖКИХ СТАНІВ.....	329
Є.В. Коломієць, С.О. Коростіль	
АСОЦІАЦІЯ С677Т ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ З	
БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ	
ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ.....	330
А.В. Колотилов, М.С. Лысак	
ТЕРАПІЯ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВЗРОСЛЫХ.....	330
А.Г. Комісарук	
РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ОЖИРІННЯ.....	331
О.Г. Костюк, О.В. Машевська, Н.Л. Годован, В.В. Іович	
ДІАГНОСТИКА ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ	
НЕДРІБНОКЛІТИННИМ РАКОМ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ТАРГЕТНОЮ ТЕРАПІЄЮ	331
В.Ю. Коцулівська, Д.О. Левковська	
РОЛЬ МОТИВАЦІЇ ПАЦІЄНТА В ПРОВЕДЕННІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ.....	332
Б.І. Кохан	
УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗМІН МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВОЇ	
ДІЛЯНКИ ХРЕБТА.....	333
А.О. Кривенко	
ЩО МИ ПОВИННІ ЗНАТИ ПРО ПСОРИАЗ?.....	333
О.В. Кузовлева, Л.В. Коваленко, В.О. Федорченко	
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЛІМФОЛЕЙКОЗУ	334
О.О. Ксенчин	
ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З КОМОРИДНИМ ПЕРЕБІГОМ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ	
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	334
Є.С. Лагно	
МЕЛАНОМОРФНІ НЕВУСИ, ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ.....	335
В.В. Лагода	
ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНИЙ ПОРТРЕТ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ АОРТО-КОРОНАРНЕ	
ШУНТУВАННЯ.....	336
Т.П. Легкун, А.Г. Калистру, Ю.Г. Калистру, І.А. Матчак, В.П. Торгай	
ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, ВЫЗВАННЫЙ ЗЕЛЕНЯЩИМ СТРЕПТОКОККОМ, КЛИНИЧЕСКИЙ	
СЛУЧАЙ.....	336
В.Л. Лісовський, Ю.П. Пашкова	
ГЕНЕТИЧНИЙ РЕГУЛЯТОР МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ – СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО	
ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ	

ХВОРОБОЮ.....	337
А.О.Лунина, А.П.Великий	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СЛУЧАЄВ НЕГОСПИТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ: ФАКТОРИ РИСКА ДВУСТОРОННЬОГО ПОРАЖЕННЯ.....	338
Е.Г. Луцу	
СУЧАСНІ ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНІ ЗАСОБИ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОЗАПАЛЬНИХ ДЕРМАТОЗІВ.....	338
Ю.М. Лях	
ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГОСТРОЇ ЕВВ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	339
В.М. Ляшик	
ДІАГНОСТИКА ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ: ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НАЙПОШИРЕНІШИХ МЕТОДІВ.....	339
О.Ю. Макарицька	
ГЕНЕТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	340
О.Ю. Макарицька, В.М. Ляшик	
ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ВІБРАЦІЙНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ПРАЦІ З ДЖЕРЕЛАМИ ВІБРАЦІЇ.....	341
А. Надір Мухамед	
ВПЛИВ ПОРУШЕННЯ БІОРИТМІВ НА ЖИТТЯ ТА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ЛЮДИНИ.....	341
М.С. Назарова	
ВМІСТ РФМК У ХВОРИХ ІХС ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЛАБОРАТОРНИХ МАРКЕРІВ АФС.....	342
А.І. Новак	
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОПІСТОРХОЗУ.....	342
М.О. Онищук, Т.В. Динис	
ПИТАННЯ КОМПЛАСНСУ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	343
Є.Г. Отрубчак	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗУ.....	344
Н.С. Павленко, І.С. Шакаєва	
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ КЕТОЗУ ТА КЕТОАЦИДОЗУУ ХВОРИХ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ.....	344
¹ С.М. Пальчик, ² М.Б. Грузкова	
ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОНІЙ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ.....	345
В.М. Панасюк	
РАННЯ ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	345
О.А. Панібратюк	
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ПРИ ЇЇ КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ПАНРЕАТИТОМ.....	346
М.І. Піщуліна	
ПРОБЛЕМА ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ.....	347
М.І. Піщуліна	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ТА ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ.....	347
С.І. Поніна	
АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА.....	347
С.І. Порохнавець	
РИЗИК РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ПАЦІЄНТІВ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	348
А.Л.В. Распутіна, Я.І. Бронюк	
ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НОРМАЛЬНО ВИСОКИМ АРТЕРІАЛЬНИМ ТИСКОМ.....	349
В.О. Романова	
ВПЛИВ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	349

<u>М. Ротару</u> , С. Шаргаровски, Р. Ридкодубский, В. Гначюк, Р. Баронча ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	350
<u>Т.С. Рябець</u> , А.В.Ваколюк НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТА АВАРІЇ НА СТАНЦІЇ ФОКУСИМА.....	350
Ю. Синяк СОЦІАЛЬНІ ТА МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ДО КОНТРАЦЕПЦІЇ СТУДЕНТІВ В НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ МЕДИЧНОГО	351
<u>Н.О.Ситник</u> , І.Л. Синенько ВПЛИВ ПАРАТИРЕОІДЕКТОМІЇ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ, ЩО ЛІКУЮТЬСЯ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ.....	351
<u>І.О. Сіцінська</u> , О.І. Федів СТАН ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 З УРАХУВАННЯМ ТОКСИГЕННОСТІ ШТАМІВ <i>H.PYLORINI</i> НА ФОНІ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМБІНАЦІЇ ІЗ ПРОБІОТИКОМ.....	352
<u>А.В. Стемпен</u> , А.О. Шиманський, К.О. Маркиш УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ ПОЛОСКАННЯ ГОРЛА ЯК СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОНЗИЛІТІ.....	353
Е.Н. Степаненко ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ИСХОДЫ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	353
Ю.І. Танчина РЕНТГЕНОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ КИЛ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ.....	354
М.Р. Тарасова ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ.....	355
О.В. Телегузова ОЦІНКА ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ.....	355
<u>Л.А. Тереховська</u> , А.О. Довгань, Ю.Д. Бальжик ОЦІНКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ) ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО ФЕНОТИПУ.....	356
В.О. Тищенко ЗАХВОРЮВАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ (2011-2015 РР.).....	356
<u>Т.Ю. Ткаченко</u> ¹ , О.В. Олейник ² , Е.Г. Куринная ² ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ.....	357
І.В. Ткачук ГЕРХ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМ БЕЗКАМ'ЯНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	357
О.О. Токарчук РІВНІ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, ЗВ'ЯЗОК З ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	358
<u>В.П. Торгай</u> , И. Матчак, Р. Ридкодубский, В. Атаманюк, Ю. Калистру ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ВАЛВУЛОПАТИЯМИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	359
<u>М.В. Горопчина</u> , А.О. Бахтізіна ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ І ФАКТОРИ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ОСІБ З КАРДІАЛГІСІО.....	359
В. А. Тростенюк МІЖНАРОДНІ ТА УКРАЇНСЬКІ УЗГОДЖУВАЛЬНІ ДОКУМЕНТИ ПО БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ - У ЧОМУ ВІДМІННОСТІ?.....	360
Я.Й. Тросцінська, Т.С. Лещук ОСОБЛИВОСТІ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ.....	360
Я.Й. Тросцінська ФІБРІЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ. ВІКОВІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕРЕД СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ.....	361
Т.І. Трофімчук	

ВИВЧЕННЯ ЗМІН ЕКГ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНІВ ЕЛЕКТРОЛІТІВ КРОВІ У ХВОРИХ З ХВОРОБОЮ АДІСОНА.....	361
<u>Д.А. Фельдман</u> ¹ , В.Б. Михайлов ²	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПРИ НАЯВНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ.....	362
<u>К.В. Ферфецька</u> , О.І. Федів	
ПОПУЛЯЦІЙНІ ТА РАСОВІ ВІДМІННОСТІ ЧАСТОТ ГЕНОТИПІВ, АЛЕЛЕЙ INS/DEL ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА APO-B У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОСДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2.....	363
И.Г. Фурсов	
ДИСТИРЕОЗ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ И БЕЗ НЕГО.....	364
<u>С.М. Хомич</u> , А.О. Шиманський, К.О. Маркиш	
РЕАБІЛІТАЦІЙНА ОПІКА СПОРТСМЕНІВ-АМАТОРІВ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ЖИРОСПАЛЮВАЧІ В КОНТЕКСТІ СПОРТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ.....	364
О.А. Чайківська	
АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВОЛОСИСТОКЛІТИННОЇ ЛЕЙКЕМІЇ.....	364
<u>В.І. Черепанська</u> , Ю.В. Кубрак	
ЦИФРОВА ДЕРМАТОСКОПІЯ ЯК ДОСТОВІРНИЙ МЕТОД ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ СВЕРБЛЯЧОГО ФОЛКУЛІТУ ВАГІТНИХ.....	365
<u>Г.М. Чернецька</u> , А.Л. Барсегян	
БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ ЗАСОБІВ ВИСОКОАКТИВНОЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ.....	366
К.Д. Чічірельо-Константинович	
ВПЛИВ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ПЕРСИСТЕНЦІЇ НА ПЕРЕБІГ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ: АКЦЕНТ НА ІМУНОЛОГІЧНУ РЕАКТИВНІСТЬ.....	367
С.І. Чобанюк	
РОЛЬ ЛЯМБЛІОЗНОЇ ІНВАЗІЇ В ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕННЯХ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗАХ.....	367
Я.Ю. Швед	
ЗАСТОСУВАННЯ СІСАРLAST БАЛЬЗАМ В5 ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ.....	368
А.А. Шидлівська	
КОМОРБІДНІСТЬ: АСТМА ТА ХОЗЛІ У СВІТЛІ СЬОГОДЕННЯ.....	368
Л.В. Юхименко	
МІСЦЕ ПРОСТИТУЦІЇ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ. АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ.....	369
М.В. Яковенко	
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (II-III ст.) З HER-2/NEU - ПОЗИТИВНИМИ РЕЦЕПТОРАМИ.....	370
А.Г. Янковецька	
ВПЛИВ АСК НА РОЗВИТОК ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....	370
<u>А.М. Яремчук</u> , Е.С. Пицентий	
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	371

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ CLINICAL PSYCHOLOGY, NEUROLOGY AND PSYCHIATRY.....372

<u>В.Р. Артеменко</u> , А.В. Ковтун	
ЗАСТОСУВАННЯ КАНАБІНОЇДНИХ СПОЛУК У ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	373
<u>А.В. Багінська</u> , Л.В. Бондарчук	
ВИКОРИСТАННЯ АКУПУНКТУРИ ПРИ ЛІКУВАННІ РІЗНИХ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	373
І.В. Багнюк	
ПРОФЕСІЙНА ГОТОВНІСТЬ СТУДЕНТІВ - ПСИХОЛОГІВ ДО МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	374
І.С. Безносюк	
МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ГОСТРИХ ІШЕМІЧНИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.....	374
А.С. Біліченко	
ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТЕВИХ ВІДМІННОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ В ЮНАЦЬКОМУ ВІСІ.....	375

<u>А.Ю. Будулак</u> , С.В. Білий, І.І. Лета РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ СТАЦІОНАРНИХ ВІДДІЛЕНЬ М. ВІННИЦЯ.....	376
<u>А.А. Вей</u> , О.О. Токарчук, Д.В. Корольчук ОЦІНКА ПРОЯВІВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В УЧАСНИКІВ ГРУП СПТ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОЕКТИВНИХ МАЛЮНКОВИХ МЕТОДИК.....	376
Т.О. Вигівська ВИКОРИСТАННЯ МУЗИЧНОГО МИСТЕЦТВА ЯК ЗАСОБУ ПРОФІЛАКТИКИ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ	377
Ю.В. Гноянко СТРУКТУРА МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ СТУДЕНТІВ.....	377
А.В. Голубчиков ТЕНДЕНЦІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ.....	378
<u>М.В. Григорова</u> , А.А. Сокол ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НЕЙРОАМИНОКИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ.....	379
<u>І.В. Дарий</u> , Дж.Н. Аравицкая КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ БОЛЬНЫХ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИМ И КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ПОДТИПАМИ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	379
А.А. Дем'яненко ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕННОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КІБЕРБУЛІНГУ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ.....	380
С.В. Демянюк ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ КОРЕЛЯТИ АКТИВНОСТІ КОРИ ТА ПІДКІРКОВИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ЦІЛЕСПРЯМОВАНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ.....	380
<u>І.А. Дорофеева</u> , А.М. Бобр РОЛЬ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В РОЗВИТКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	381
<u>П.Ю. Дяченко</u> Я.В. Нікітчук ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІН КОГНІТИВНОГО СТАТУСУ ТА ПАРАМЕТРІВ ХОДИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	382
Т.В. Жуковская ИГРОМАНИЯ.....	382
Х.І. Замніфіст СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА МНОЖИННИЙ СКЛЕРОЗ.....	383
<u>А.М. Иванова</u> , Т.В. Самсонова ДИФФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІУ ПРИ ЕПІЛЕПТИЧНІЙ ХВОРОБИ.....	383
Г.О. Ільницький НЕРВОВА ОРТОРЕКСІЯ ЯК НОВИЙ ФЕНОМЕН У ГРУПІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	384
Д.И. Имереков ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА. ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ.....	385
<u>А.В. Кокарева</u> , А.І. Погорільчук ДІАГНОСТИКА ГЕТЕРОГЕННИХ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ В СТРУКТУРІ ДЕМЕНЦІЙ.....	385
К.В. Коломієць ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІВОРУКИХ ЛЮДЕЙ.....	386
<u>Ю.В. Кубрак</u> , В.І. Черепанська ЗМІНИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ТА ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ	386
<u>О.В. Кузовлева</u> , Л.В. Коваленко ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНОСТІ У СТУДЕНТІВ	387
<u>В.А. Кузьміна</u> , О.В. Аббасова КЛІНІЧНА ПСИХОДІАГНОСТИКА В РАНЬОМУ ВІЯВЛЕННІ ДЕМЕНЦІЇ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ	388
В.О. Ларін ОЦІНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ПРОЯВУ ЕМОЦІЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОЕКТИВНИХ МАЛЮНКОВИХ МЕТОДИК.....	388

А.С. Лемешов	
ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРО- И КИФОПЛАСТИКА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ.....	389
О.І.Масік	
ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ.....	389
О.А. Мацієвська	
ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ.....	390
Я.І. Мосур	
ДЕПРЕСИВНІ ПРОЯВИ В СТРУКТУРІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ ПОРУШЕНЬ.....	391
В.А. Муковнін	
ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У СПРІЙНЯТТІ ОБРАЗУ ІДЕАЛЬНОЇ ЖІНКИ.....	391
<u>А.О.Ольхова</u> , О.Р.Котков	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	392
І.О. Панасюк	
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ У ЖІНОК.....	393
А.М. Паньків	
СОЦІАЛЬНА РЕФЛЕКСІЯ ТА ЛОКУС КОНТРОЛЮ: КУЛЬТУРНИЙ ВИМІР СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОБЛЕМИ	393
М.І. Піщуліна	
ХРОНІЧНІ СУБДУРАЛЬНІ ГЕМАТОМИ. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	394
А.І. Проць	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЮ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДЦП.....	394
Н.С. Ракица	
КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ І НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРКІНСОНІЗМУ І ПАРКІНСОНІЧНИХ СИНДРОМІВ.....	395
<u>А.Ю. Рассолова</u> , М.О. Гончаренко	
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОГИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПЕРШОГО ТА ОСТАНЬОГО КУРСІВ НАВЧАННЯ.....	396
К.М. Семененко	
КОРЕЛЯЦІЯ РОЗЛАДІВ УВАГИ У КОМБАТАНТІВ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	396
<u>К.М. Семененко</u> , В.О. Савчук, О.М. Савельєва	
ДИССОМНІЯ ОРГАНІЧНОГО ТА ПСИХОГЕННО-НЕВРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ У КОМБАТАНТІВ.....	397
<u>Н.О.Ситник</u> , Т.О.Токарський	
СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ (НА ПРИКЛАДІ ПОПУЛЯЦІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ).....	397
<u>Т.Ф. Сердюк</u> , Г.Ю. Гагаріна	
ТЕОРІЇ РОЗВИТКУ АУТИЗМУ.....	398
<u>Т.А. Стаднік</u> , І.І. Габрук	
ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В ЗИМОВО- ВЕСІННІЙ ПЕРІОД.....	399
О.В. Телегузова	
ДІАГНОСТИКА АДАПТАЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ В УЧАСНИКІВ АТО.....	399
<u>О.О. Токарчук</u> , К.М. Семененко, М.І. Шулякова, І.В.Куриленко	
ЧИННИК КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ.....	400
А.Р. Трегубенко	
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СТРАХОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	400
Я.Й. Тросцінська	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПОСІДНАННОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ.....	401
<u>М.І. Шулякова</u> , К.В. Терешко, І.І. Дубінець, К.М.Семененко	
АДИКЦІЇ ЯК ПОКАЗНИК НАЯВНОСТІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ.....	402
<u>М. І. Шулякова</u> , О.О.Токарчук, А. Л. Шаленко, І.В. Куриленко	
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВО- СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	402
В.О. Щебетенко	

НАВЧАЛЬНИЙ СТРЕС ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРЕНІ У СТУДЕНТІВ.....	403
---	-----

ХІРУРГІЯ

SURGERY.....405

<u>Kumbula Hove, O.V. Gorovyy, Salim Suleman, A.V. Kyshenko</u> RESULTS OF RADICAL NEPHRECTOMY FOR RENAL CELL CARCINOMA.....	406
Mindrigan Eugeniu THE ROLE OF CHONDROITINASE, NEUROTROPHINS, EPHRINES, PURINE NUCLEOTIDES AND CELL ADHESION MOLECULES IN THE TREATMENT OF POST-TRAUMATIC SPINAL CORD INJURIES.....	406
Mindrigan Eugeniu THE ROLE OF DIFFERENT STEM CELL TYPES IN THE TREATMENT OF POST-TRAUMATIC SPINAL CORD INJURIES.....	407
<u>Olga Nacu, Dorian Sasu</u> DEVELOPMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CHRONIC PYELONEPHRITIS.....	407
C. Ursoi STANDARDIZED FOAM FOR SCLEROTHERAPY OF VARICOSE VEINS OF LOWER LIMBS: IS IT BETTER?.....	408
<u>С.Д.Андрушко</u> ТОНЗИЛЕКТОМІЯ – МОДА ПОВЕРТАЄТЬСЯ? КОМУ І КОЛИ МИ ВИДАЛЯЄМО МИГДАЛИКИ.....	408
<u>В.Р. Артеменко, А.В. Ковтун</u> ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ У ЛІКУВАННІ ЛОР-ХВОРОБ.....	409
<u>Н.О. Арштуова</u> ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ.....	410
<u>Б.І. Барало</u> РЕЗУЛЬТАТИ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ (ІСШ).....	410
<u>М.А.Барціховська, В.П. Рауцкіс</u> КОМПЛЕКСНЕ ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТІВ МІДІ.....	411
<u>А.М. Бобр, І.А. Дорофєєва</u> СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБУ КРОНА У ВІННИЦІ ТА ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	412
<u>М.Г.Богачук</u> ОЦІНКА ІМУННОГО ПРОТИІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН.....	412
<u>Г. Ю. Боханов</u> АЛЛОПРОТЕЗ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ ТРАХЕЇ ПРИ ПОДОВЖЕНІЙ ЦИРКУЛЯРНІЙ РЕЗЕКЦІЇ.....	413
<u>В.В. Буката</u> МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ТОНКОЇ КИШКИ ПІСЛЯ ЗМОДЕЛЬОВАНОЇ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ.....	414
<u>В.Р.Буратинський.</u> НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕМОРОЙ.....	414
<u>М.І. Васенко, О.Ковальчук</u> КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО - НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТЕРАПІЇ НЕГАТИВНИМ ТИСКОМ (NPWT) ТА КАПКОРОМ.....	415
<u>Л.С. Васильєва, Т.М.Гомон, О.С.Гончарук, А.В.Вигонюк, Н.М.Гомон</u> ВИРАЖЕНІСТЬ ТА АДЕКВАТНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ.....	416
<u>О.Б. Вишинська, І.Ю. Сірант</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАБАПЕНТИНУ В ЛІКУВАННІ ОКСАЛІПЛАТИН-ІНДУКОВАНОЇ НЕЙРОПАТІЇ.....	416
<u>Р.О. Власенко</u> ЧАСТОТА ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК НИЖНОЇ КІНЦІВКИ У НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ.....	417
<u>Л.В. Власюк, С.О. Свіденко</u>	

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.....	417
<u>В.Ю. Войтков</u> , Т.В. Овчарук ІНТРАМЕДУЛЯРНИЙ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗ ТИТАНОВИМИ ЕЛАСТИЧНИМИ СТРИЖНЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТРУБЧАТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ.....	418
<u>І.І. Габрук</u> , О.В. Павлік ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ АВТОМОБІЛЬНИХ ТРАВМ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	418
Д.О.Гаврилюк ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	419
<u>Г.Ю. Гагаріна</u> , Т.Ф. Сердюк ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ НЕЙРОСЕНСОРНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ.....	420
Е.Ю. Галашко, М.С. Коршунова АНАТОМИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ЖЕНЩИН К РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТАМ.....	420
<u>С.В. Гаць</u> , М.М. Романюк, О.П. Москалюк ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ.....	421
<u>М.М. Горинчин</u> , О.П. Москалюк ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЕНДОБІЛПАРНИХ ОПЕРАЦІЙ НА БУКОВИНІ.....	421
Д.І. Гребенюк, <u>В.С. Собко</u> , Я.В. Радьога ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ.....	422
В.В. Гринчишин КОНЦЕПЦІЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТІ У ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ.....	423
<u>В.І. Груба</u> , Г.В. Лавринів, О.С. Гузенко, М.В. Рибінський ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ ЯК УДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ У ЛІКУВАННІ ГОНАРТРОЗУ.....	423
Б.З. Гулобов, Л.А. Тереховська, С.М. Якліч ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ТРИВАЛІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ДІЇ АНЕСТЕТИКА ПРИ СПИНАЛЬНІЙ АНЕСТЕЗІЇ.....	424
А.П. Гунько ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ВІДНОСИНИ СПИННОГО МОЗКУ ТА ХРЕБТА У ПЛЮДІВ ЛЮДИНИ 8-20 ТИЖ.ПРЕНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ.....	425
<u>М. Р. Гучок</u> , С.В. Давіденко ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕФЕКТАМИ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК ВНАСЛІДОК ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ.....	425
<u>О.Р. Дацків</u> , С.О. Дмитренко, О.П. Колісник ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ НА ФОРМУВАННЯ СПОЛУЧНО-ТКАНИННОГО МАТРИКСУ В ЗОНІ ІМПЛАНТАЦІЇ СИНТЕТИЧНИХ ПРОЛІНОВИХ ІМПЛАНТАТІВ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.....	426
А.В. Дениско МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ОРГАНА СЛУХУ ЯК НАСЛІДОК ПРОСЛУХОВУВАННЯ МУЗИКИ В НАВУШНИКАХ.....	426
Н.В. Джевага, О.Я. Авдєєва ПОРІВНЯННЯ МЕТОДІВ РЕЄСТРАЦІЇ АГЛЮТИНАЦІЇ ЕРИТРОЦИТІВ (ТУРБОДІМЕТРИЧНОГО, МІКРОСКОПІЧНОГО, МЕТОДУ СТАНДАРТНИХ СИРОВАТОК, ЦОЛКЛОНІВ).....	427
<u>В.В. Дідичук</u> , Е.О. Ющенко ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКОВАНИХ РЕКОНСТРУКТИВНИХ СТРИЖНІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА У ДІТЕЙ НА ФОНІ ФІБРОЗНОЇ ДИСПЛАЗІЇ.....	428
<u>В.Ю. Дорожинська</u> , А.В. Вигонюк, Н.М. Гомон АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ФІБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЙ.....	428
В.С. Думанецька ЗАСТОСУВАННЯ КУЛЬТУРИ АУТОЛОГІЧНИХ МАКРОФАГІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ.....	429
<u>Ю.Г. Жадан</u> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВИДЕОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ.....	430

<u>П.О. Ілляк</u> , М.І. Уляновська, Н.О. Іванів ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МАЛИХ НИРКОВИХ НОВОУТВОРИВ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВИМІРЮВАНОГО КОЕФІЦІЄНТА ДИФУЗІЇ ДИФУЗІЙНО-ЗВАЖЕНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МРТ У ЯКОСТІ ПРОМЕНЕВОГО БІОМАРКЕРУ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ.....	430
В.В. Іович НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ.....	431
О.О. Калашнікова КОРЕКЦІЯ НАДВИСОКОЇ МІОПІЇ МЕТОДАМИ ЕКСИМЕЛАЗЕРНОЇ РЕФРАКЦІЙНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ІМПЛАНТАЦІЄЮ ФАКТИЧНИХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ (ЗА ДАНИМИ ЛІТЕРАТУРИ).....	431
<u>Т. В. Канчура</u> , А. М. Машин, Ю. Ю. Кобеляцкий НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОМОЩИ ТЕХНОЛОГИИ esCCO.....	432
Т.А. Катеринчук ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ КЛІТИННОЇ НЕПРЯМОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ.....	433
А.М. Каяфа, О.А. Окаєвич ДОСВІД ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ЧЕРЕЗ- ТА МІЖВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	433
Д.В. Кириєнко, Ю.В. Цундер ЕКЗОСОМИ, ЯК ПОСЕРЕДНИКИ ПУХЛИННО–СТРОМАЛЬНИХ ВЗАЄМОДІЙ.....	434
<u>А.В. Кищенко</u> , А.П. Майструк, О.В. Горовий ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОРАЛОПОДІБНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ.....	435
К.А. Ковалёва ЛЕЧЕНИЕ ОДИНОЧНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ.....	435
<u>О.С. Ковальчук</u> , М.І. Васенко ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ.....	436
В.В. Колісник ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НИРКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ.....	437
Д.В. Коноплицький ЗНАЧЕННЯ УЗД ТА ДОПЛЕРОГРАФІЇ ГЕАНГІОМ ЗОВНІШНЬОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ В ВИБОРІ ТАКТИКИ ЇХ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ.....	437
А.П. Коровчук. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛІКТИЦІ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ З КІСТКОВО-ГНІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	438
О.Г. Костюк, О.В. Машевська, Н.Л. Годован, В.В. Іович ДІАГНОСТИКА ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ НЕДРІБНОКЛІТИННИМ РАКОМ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ТАРГЕТНОЮ ТЕРАПІЄЮ.....	438
Е. В. Костюк МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ДИСПАЗИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	439
Р.С. Кугот ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ВЕНТИЛЯЦИИ ТРАНСПОРТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМОМ.....	440
В.А. Кузьміна, О.В. Аббасова ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕТАФІЛАКТИКА СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ.....	440
<u>О.О. Ларін</u> , Р.М. Чернопищук, В.Ю. Войтков СПОСІБ ФОРМУВАННЯ СКОЛІОТИЧНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ХРЕБТА (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ).....	441
О.С. Лемешов ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ МЕТОДОМ ЕПІКАРДІАЛЬНОЇ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ АНАТОМІЧНИХ ЗОН ГАНГЛІОНАРНИХ СПЛЕТІНЬ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ ПІД ЧАС АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ.....	442
<u>О.А. Літун</u> ОСТЕОПОРОЗ ХРЕБТА: ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗОЛЕДРОНОВОЇ КИСЛОТИ В ЛІКУВАННІ ТА ПОПЕРЕДЖЕННІ	

ПЕРЕЛОМІВ ХРЕБЦІВ.....	442
<u>О.О. Лукіянець, В.В. Мартюк</u> СТАН ТА ФУНКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ КУПРИКА.....	443
П. К. Мальований РОЛЬ СИМУЛЯТОРА ШКІРИ У ПРАКТИЦІ МОЛОДИХ ХІРУРГІВ.....	444
Н.В. Малюта, Ю.В. Качур ЗАКРИТА ТРАВМА ЖИВОТА З УШКОДЖЕННЯМ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ.....	444
Р.В. Мамедов ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ПОДВОСННЯМ ТРАВНОГО ТРАКТУ.....	445
Я.І. Марчевська ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТИМУСА.....	445
Т.О. Мельник, В.В. Медяна НОВІ ПРЕДИКТОРИ ВАЖКОСТІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ.....	446
<u>О.О. Мельник, О.В. Жураховська</u> ЦИТОГЕНЕТИКА РАКУ. НОВІ ПІДХОДИ У ВИЗНАЧЕННІ ХРОМОСОМНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ В ЛІМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ОНКОХВОРИХ.....	446
<u>О.О. Мельник, О.В. Жураховська</u> ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	447
<u>Я.О. Мельничук, Г.М. Мазур, Б.В. Кабиш</u> АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ СИМПАТОМІМЕТИКІВ ПРИ ВАЖКОМУ ПЕРЕБІГУ СЕПТИЧНОГО ШОКУ...447 Б.О. Мітюк ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО МЕДІАСТИНИТУ.....	448
<u>А.М. Москаленко, А.О. Іваніцька</u> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ З ПЛАСТИКОЮ ЗА ЛІХТЕНШТЕЙНОМ В ЛІКУВАННІ ПАХВИННИХ ГРИЖ(ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ).....	449
<u>Є.В. Неймановський, С.О. Сучок</u> ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ІНВАГІНАЦІЇ КИШОК У ДІТЕЙ.....	449
<u>Т.В. Овчарук, В.Ю. Войтков</u> АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ АТРЕЗІЙ СТРАВОХОДУ НА БАЗІ ВОДКЛ.....	450
<u>І.А. Осадчук, В.О. Величко</u> ЦИФРОВА МІКРОСКОПІЯ ЖОВЧІ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ МІКРОЛІТІАЗУ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЇХ СКЛАДУ.....	450
<u>А.Э. Осокин, Т.Р. Гадирова, Е.В. Безега</u> РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕКУРРЕНТНОЙ ДИЗУРИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН.....	451
А.Э. Осокин, В.С. Шадрина, А.В. Евтушенко ОЦЕНКА И ПРОФИЛАКТИКА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ.....	452
О. Ю.Павлівська, В. О.Задорожнюк МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СУДИНАХ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ.....	452
<u>В.О. Пашинський</u> ІНТЕРВЕНЦІЙНА ЕНДОСКОПІЯ – ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛІВ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ.....	453
К. М. Паньків, А. М. Паньків ПОРІВНЯННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	454
М.І Піщуліна КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХІМІЧНИХ ОПІКІВ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ.....	454
М.І Піщуліна ЛІКУВАННЯ ДЕФОРМАЦІЙ ЗАДНЬОГО ВІДДІЛУ СТОПИ ЗА ДОПОМОГОЮ СУГЛОБОЗБЕРІГАЮЧИХ МЕТОДІВ.....	455
<u>О.М. Подважук, Л.А. Романюк</u> СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЛЕГЕНЕВИХ МЕТАСТАЗІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВІДЕОАСИСТОВАНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ.....	455
И.Ю. Проненко ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СЛОЖНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ	

ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА.....	456
<u>Є. Л. Прус</u>	
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНИХ КЛІТИН РОГІВКИ ОКА ПРИ РІЗНИХ СТУПЕНЯХ МІОПІЇ.....	456
О.В. Рибчич, А.С.Бухштаб	
«КОРОНА СМЕРТІ» ЯК УСКЛАДНЕННЯ СТЕГНОВОЇ КИЛИ.....	457
А.В. Романюк	
ВІДДАЛЕНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ КІСТОЗНИМИ ЛІМФАТИЧНИМИ МАЛЬФОРМАЦІЯМИ: ХІРУРГІЧНА РЕЗЕКЦІЯ ПРОТИ СКЛЕРОТЕРАПІЇ.....	458
Н.В. Рудик	
КОРЕКЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ВОДНО-ЕЛЕКТРИЧНОГО СТАНУ ПРИ ГОСТРІЙ ТОНКОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ.....	458
І.Д. Савранська	
ХІРУРГІЧНИЙ СТРЕСОРНИЙ ЕФЕКТ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДУ СТВОРЕННЯ РОБОЧОГО ПРОСТОРУ.....	459
М.М. Савчук	
СУЧАСНІ СПОСОБИ ДІАГНОСТИКИ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ.....	459
<u>В.В. Сайчук, Ю.В. Кукарева</u>	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	460
Д.В. Сачук	
РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	460
<u>Д.В. Сімчук</u>	
ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕСАДКИ ВІЛЬНИХ ШКІРНО-ЖИРОВИХ ЛОСКУТІВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З СИНДРОМОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА.....	461
В.А. Стародуб	
ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА ЧУТЛИВІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ ЗБУДНИКІВ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ІНТЕНСИВНІ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ.....	462
<u>О.В. Степаненко, Р.М. Чернопищук, Т.Ю. Повshedна, А.В. Ковальчук</u>	
КОМП'ЮТЕРНА МОРФОМЕТРІЯ ОСАДУ СЕЧІ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК РОЗВИТКУ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ.....	462
А. А. Стешенко, <u>А. Ю. Колесников</u>	
ЕНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ.....	463
М.С. Стоян, В.М. Свекатун., В.Д.Поліщук.	
КОРЕКЦІЯ ФЕНОМЕНУ ГЕТЕРОХРОНІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕРОЗ	464
В.Л. Суворов	
АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДІАФІЗУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ.....	464
В.Г. Сулейманова	
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТРОКСАНУ ПРИ МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ФЛЕГМОН ШІЇ.....	465
А.В. Тадосова	
АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕНИХ.....	466
О.О. Твердохліб	
РОЛЬ ЦИТОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШІЙКИ МАТКИ. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАДИЦІЙНОЇ І РІДИННОЇ ЦИТОЛОГІЇ.....	466
Телегузова О.В.	
МОДЕЛЮВАННЯ ЗЛОЯКІСНОЇ МЕЛАНОМИ З МЕТАСТАЗАМИ У ПЕЧІНКУ ТА ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ЛАБОРАТОРНИХ УМОВАХ.....	467
М. Д. Тимочко, Д. О.Сілаєв	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОЧЕЙ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ.....	467
В. А. Тростенюк	
МЕТОДИКА ПЕРЕСАДКИ ТІЛА ЗА СЕРДЦЮ КАНАВЕРО.....	468
Я.Й. Тросцінська	

ЧУЖОРІДНІ ТІЛА СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ ТА УСКЛАДНЕННЯ, ЩО РОЗВИВАЮТЬСЯ ПРИ ЦЬОМУ ...	469
Я.Й. Тросцінська	
КОРИГУЮЧА ОСТЕОТОМІЯ ПЕРШОЇ ПЛЮСНЕВОЇ КІСТКИ ЯК МЕТОД КОРЕКЦІЇ ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ПЕРШОГО ПАЛЬЦЯ СТОПИ.....	469
А. Ю. Федотенко	
НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТРАВОХОДУ.....	470
Т.С.Ференс, О.П. Москалюк	
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.....	470
В.О.Фіщенко, Б.Б. Леськів.	
ПРОСТОРОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХОДИ У ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА.....	471
В.К.Харьков, Т.В. Скапчук, О.П. Москалюк	
ТРАНСЛОКАЦІЯ СІМ'ЯНОГО КАНАТИКА У ПАХВИННІЙ ГЕРНІОЛОГІЇ.....	472
Т.М.Хлипяч, С.О. Сучок, О.М. Казмірчук	
ДИСФУНКЦІЯ МЕЙБОМІЄВИХ ЗАЛОЗ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ІІ ТИПУ.....	472
Ю.С. Хомюк	
ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ ЖИВИХ ТКАНИН В ХІРУРГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ...	473
Л.А. Христинч	
МОРФОМЕТРИЧНЕ ВІДОБРАЖЕННЯ ВІКОВИХ ЗМІН КРИШТАЛИКА ЗА ДАНИМИ ОПТИЧНОЇ БІОМЕТРІЇ.....	473
Н.А. Цап'як	
ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ – ОПИС МИНУЛОГО І ПОГЛЯД В МАЙБУТНЄ.....	474
Е.Г.Цопа	
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ДЕТЕРМИНИЗМ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.....	474
М.Б. Шандра	
НАСЛІДКИ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ВРОДЖЕНИХ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЙ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРООПЕРОВАНІ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ.....	475
Д.Г. Шишковський	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАСТОСУВАННЯ НАНОКОМПОЗИТНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ.....	476
О.Ю. Шишов	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ VAS-ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО РАНОВОГО ПРОЦЕСУ.....	476
О.С. Юдін	
ВІДЕОАСИСТОВАНІ МІНІТОРАКОТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ТА СЕРЕДОСТІННЯ.....	477
С.Ю. Юрікова, Т.А. Мельник	
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ ЖИВОТА З ВИКОРИСТАННЯМ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ З АНТИМІКРОБНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ...	477
М.В. Яковенко	
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (ІІ-ІІІ ст.) З HER-2/NEU - ПОЗИТИВНИМИ РЕЦЕПТОРАМИ.....	478
О.М. Ярема	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ ТОВСТОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ.....	479

СТОМАТОЛОГІЯ STOMATOLOGY

А.О. Бакуліч, О.Р. Григоренко	
ПОКАЗНИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ТА ІОНІЗОВАНОГО КАЛЬЦІЮ КРОВІ У ХВОРИХ ПІДЛІТКІВ ІЗ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПОЄДНАНОЮ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ.....	481
О.Ю. Васильчук	
АНАЛІЗ ДОТРИМАННЯ ПРАВИЛ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА СТУДЕНТАМИ- ПЕРШОКУРСНИКАМИ.....	481

<u>А.В. Веретільник</u> , І.А. Короленко СЕКРЕЦІЯ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА КЛІТИННИЙ СКЛАД СЕКРЕТУ У ХВОРИХ НА НЕВРОГЕННИЙ СІАЛОЗОАДЕНІТ.....	482
А.О. Власюк АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВІДДІЛЕННЯ «СТОМАТОЛОГІЯ ОРТОПЕДИЧНА.....	483
К. С. Волков, Д. В. Капиця ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ sIgA В РОТОВІЙ РІДИНІ ХВОРИХ НА ДЕСКВАМАТИВНИЙ ГЛОСИТ ІЗ СУМІСНОЮ СКЛЕРОДЕРМІЄЮ.....	483
<u>О.С. Волкова</u> , Е.Н. Рябоконт, А.А. Токар, Н.Н. Удовиченко АНАЛІЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ КАРИЕСОМ ЗУБОВ І ГІГІЄНИЧЕСКОГО СОСТОЯННЯ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ-СТАРШЕКЛАСНИКОВ В ПЕРІОД ПОДГОТОВКИ К ВЫПУСКНЫМ І ВСТУПИТЕЛЬНЫМ ЭКЗАМЕНАМ (ЗНО).....	484
<u>Н.Р. Гальметдинова</u> , М.И. Юсифова СОЗДАНИЕ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ І ОЦЕНКА ІХ ЭФФЕКТИВНОСТИ.....	485
М.В. Гикавчук ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОГО ГЕЛЮ ЗУРЕМІН-САРФ ПРИ ПРОФЕСІЙНОМУ ВІДБЛЮВАННІ ДИСКОЛОРИТІВ ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ.....	485
Т. В. Грицюк ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ТА ЙОГО ОЦІНКА ПРИ ОЧІКУВАННІ ВІЗИТУ ДО ЛІКАРЯ- СТОМАТОЛОГА.....	486
<u>А.І. Далішук</u> , В.С. Полішук ПОКАЗНИКИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ ЛУНОК ВИДАЛЕНИХ РЕТЕНОВАНИХ ЗУБІВ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОГО ТРАКТУ.....	486
<u>М.О.Єрошенко</u> , А.В. Єрошенко КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ PLASMO LIFTSNG ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРАДОНТУ.....	487
А.А. Заровський НЕЙРОТОКСИН ТИПУ А – НОВІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	488
Т. М. Канішина ХАРАКТЕРИСТИКА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ЩУРІВ.....	488
Д.М. Касьяненко ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ЖУВАЛЬНИХ ТА МІМІЧНИХ М'ЯЗІВ.....	489
<u>Н.В. Котик</u> , Т.Р. Закалата АНАЛІЗ ОКЛЮЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ.....	489
Н. В. Котик ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ МАШИННИМИ ІНСТРУМЕНТАМИ PROTAPER , SILK ТА РУЧНИМИ К-ФАЙЛАМИ.....	490
<u>І.І.Красна</u> ВПЛИВ НАНОРОЗМІРНОЇ КОМПОЗИЦІЇ СІЛІКСУ І АМОКСИЦИЛІНУ НА ПОКАЗНИКИ КЛІНІЧНИХ ІНДЕКСІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.....	490
А.О. Кушта, <u>Г.І. Марчук</u> ДОГЛЯД ЗА РАНЕВОЮ ПОВЕРХНЕЮ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ.....	491
Р.Ю. Маруха АРГУМЕНТАЦІЯ ВИБОРУ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ IV – VII ПОКОЛІНЬ У СУДОВІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ТА КРИМІНАЛІСТИЦІ.....	492
І.В. Мрочковська ПРОВЕДЕННЯ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ ЯК ОДИН ІЗ ПЕРШИХ ЕТАПІВ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....	492
<u>І.В. Овчарук</u> , Я.О. Кравчук ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ СКРОНЕВОЇ І ПІДСКРОНЕВОЇ ДІЛЯНОК.....	493
К. І. Осадча	

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕЛЮ З «НЕОВІТІНОМ» ТА «КОМПЛЕКСУ №2» (VIVAX DENT, РОСІЯ) В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ.....	494
<u>Д. О. Плаксін</u> , О.П. Дудік	
КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ІОННОЇ ЗУБНОЇ ЩІТКИ.....	494
Погоріла А.В.	
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ НЕОМІДАНТАНУ (АМАНТАДИНУ) ПРИ ЯТРОГЕННОМУ КОМПРЕСІЙНО-ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ).....	495
<u>В.С. Поліщук</u> , А.І. Даліщук	
ВПЛИВ КВЕРТУЛІНУ НА ДИНАМІКУ ВІДНОВЛЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ДЕФЕКТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ.....	495
<u>В.С. Поліщук</u> , Т.В. Чугу	
ЕНДОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТА АНАТОМІЯ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ: ПРАГНЕННЯ ДО ДОСКОНАЛОСТІ.....	496
<u>Н.В. Пономаренко</u> , Н.В. Драчук	
ЯВИЩА ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ ПІД ЧАС ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕЗНІМНОЮ АПАРАТУРОЮ.....	497
Д.Г. Попеску	
КОРЕКЦІЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ.....	497
<u>І.І. Проць</u> , Б.І. Проць	
ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ АТРОФІЇ КОМІРКОВОГО ВІДРОСТКА ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА.....	498
<u>Т.В. Рак</u> , Н.М. Ісакова	
ВПЛИВ ДЕНТАЛЬНОЇ ВКЛАДКИ ПЕРІОЧІП НА ПАРОДОНТОПАТОГЕННІ МІКРООРГАНІЗМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ.....	499
Р.І. Ратушний	
ДИНАМІКА ЗАГОСННЯ МАЛИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РІЗНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ.....	499
В.Ю. Таратунська Т.В. Федик	
ВИКОРИСТАННЯ ОПОЛІСКУВАЧА BIOPREPAIRPLUS ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ КАРІЄСРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ В ОСІБ З ВИСОКОЮ ІНТЕНСИВНІСТЮ КАРІЄСУ.....	500
<u>А. В.Тодорюк</u> , О. С. Васильчук	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА НАПРУЖЕНЬ ПРИ ЗЛАМІ БАЗИСУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ АПАРАТІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ З САМОТВЕРДІЮЧОЇ ПЛАСТМАСИ «РЕДОНТ-03» І ТЕРМОПЛАСТІВ МАРКИ «ЛІПОЛ».....	501
А.В.Хоменко	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ "NBF GINGIVAL GEL" В ЯКОСТІ МІСЦЕВОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ.....	501
<u>В. В. Щерба</u> , Т. В. Чугу	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІДКОТЕКУЧОГО КОМПОЗИТУ СВІТЛОВОЇ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ FLOWCOLOR (ARKONA, ПОЛЬЩА) ПРИ ЛІКУВАННІ КАРІЄСУ ТИМЧАСОВИХ ТА ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ.....	502
N.G.Gadzhula, I.J. Al-qaysi	
EVALUATION THE EFFECTIVENESS OF A NEW ROOT SEALER FOR TREATMENT THE PATIENTS WITH CHRONIC APICAL PERIODONTITIS.....	503
<u>Т. Novruzlu</u> , А. Paczevska	
QUANTITAVE AND QUALITATIVE CHARACTERISTICS IN ASSESING THE CRYSTALLIZATION OF SALIVA.....	503
ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ	
PHARMACY AND PHARMACOLOGY.....	505
<u>N. Efraim</u> , О. Nechas	
OPENING A PHARMACY IN NAMIBIA COMPARED TO UKRAINE.....	506

<u>Н.Я. Асадуллаєва, О.В. Кудіна</u> ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕТОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ ХОФІТОЛУ НА МОДЕЛІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЩУРІВ, ВИКЛИКАНОЇ ГЕМОРЕОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	506
<u>О.Є. Балюк</u> ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАЛІЗОХЕЛАТУЮЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МЕКСИДОЛУ....	507
<u>Я.В.Вороновський, О.О.Білик</u> ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МОДУЛЯТОРІВ НСНКНАЛІВ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	507
<u>Я.В.Вороновський, І.І.Савчук</u> ВПЛИВ МОДУЛЯТОРІВ ОБМІНУ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ЩУРІВ.....	508
<u>Ф. В. Гладких¹, І.С. Човган¹, В. О. Студент², С. Д. Полозов⁴, Б. Є. Юркевич⁵</u> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ІБУПРОФЕНОМ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЄЮ З ВІНБОРОНОМ ЗА ПОКАЗНИКАМИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ.....	509
<u>Ф. В. Гладких¹, О. В. Басараб², І.С. Човган², І.І. Барановська², В.О. Тірон².</u> ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ТАБЛИЦЬ MICROSOFT EXCEL ФАЙЛОВОГО ХОСТИНГУ GOOGLE DRIVE В РЕАЛІЗАЦІЇ НАГЛЯДУ ЗА БЕЗПЕКОЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЇХ МЕДИЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ВПРОДОВЖ 2016 РОКУ.....	510
<u>И.В. Гуйван, Д.Н. Гардашова</u> ПЕРФТОРАН КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ.....	511
<u>А.О. Даций, А.В. Гудзенко</u> МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СКЛАД ЮККИ АЛОЄЛИСТНОЇ(YUCCAALOEIFOLIAL.).....	511
<u>Р.Д. Дейко, О.О. Колобов</u> ПСИХОТРОПНІ ВЛАСТИВОСТІ НОВИХ ЦИКЛІЧНИХ ДИПЕПТИДІВ.....	512
<u>А.В. Дениско, М.С. Музика</u> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ І СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	512
<u>О.К. Дідик</u> ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ВМІСТОМ АКТГ, β-ЕНДОРФІНУ, ЙОНІВ НАТРІЮ І КАЛЬЦІУ У КРОВІ ЩУРІВ ПРИ ГІПЕРНАТРІЄМІЇ.....	513
<u>Є.О. Довгаль</u> ВИЗНАЧЕННЯ РОСЛИННИХ ПІГМЕНТІВ В ГУСТОМУ ЕКСТРАКТІ З ЛИСТЯ РОГОЗУ ВУЗЬКОЛИСТОГО.....	514
<u>В.О. Довженко</u> ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ.....	514
<u>В.О. Довженко</u> ОПАНУВАННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ ДОЗУВАННЯ, ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ.....	515
<u>А.Другакова, Т.Івко, Т.Германюк</u> МАРКЕТИНГОВІ АСПЕКТИ ДИКЛОФЕНАКУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ.....	515
<u>Н.С. Іваненко, В.П. Спеней</u> СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ НА ПІДПРИЄМСТВІ ПРАТ «ІНФУЗІЯ».....	516
<u>Я.О. Іванова, О.Д. Благун</u> АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ ТА ПЕРЕЛІКІВ ЛІКІВ, НА ЯКІ ЗАПРОВАДЖУЄТЬСЯ МЕХАНІЗМ РЕФЕРЕНТНОГО ЦІНОУТВОРЕННЯ ТА РЕІМБУРСАЦІЇ.....	516
<u>Д.П. Каврайський</u> ВПЛИВ 1-(4-МЕТОКСИФЕНІЛ)-5-{2-[4-(4-МЕТОКСИФЕНІЛ)ПІПЕРАЗИН-1-ІЛ]-2-ОКСОЕТИЛ}-1,5-ДИГІДРО-4Н-ПІРАЗОЛО[3,4-D]ПІРИДИН-4-ОНУ ТА ВАЛЬПРОАТУ НАТРІЮ НА ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ БАЛАНС У ГОЛОВНОМУ МОЗКУ В НОРМІ ТА ЗА ПЕНТИЛЕНТЕТРАЗОЛОВОГО КІНДЛІНГУ В АСПЕКТІ МІЖПІВКУЛЬОВОЇ АСИМЕТРІЇ.....	517
<u>М.С. Кагадій, А.В. Данилюк</u> ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ.....	518

<u>К.О. Камінська</u> БІОРИТМОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМІНІВ ЗАЧАТЬ У ПОПУЛЯЦІЯХ ЛЮДЕЙ.....	518
<u>О.О.Каркич</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРЕНОСИМІСТЬ ІНГІБІТОРІВ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ- α У ХВОРИХ З АНКІЛОЗИВНИМ СПОНДІЛІТОМ.....	519
<u>Г. І. Крамар, О. І. Альчук</u> ОЦІНКА АНАЛЬГЕТИЧНОЇ ДІЇ НОВОГО ПОХІДНОГО 4-[4-ОКСО- (4H)- ХІНАЗОЛІН – 3-ІЛ] БЕНЗОЙНОЇ КИСЛОТИ (ПК-66) В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	519
<u>В.В. Ларіонов, Н.О.Радогощина</u> НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОНСТИПАЦІЙНИМ СИНДРОМОМ	520
<u>Т.С. Лещук</u> ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕБАЖАНОЇ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	521
<u>Є.В. Логінова, М.О. Лук'яненко</u> ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ СУРФАКТАНТУ.....	521
<u>Г.В. Лотушко</u> СИНДРОМ РЕЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГАРЯЧКИ ПРЕПАРАТАМИ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ.....	522
<u>Т.О. Луцюк, С.С. Малеш</u> ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПОГЛІКЕМІЧНОЇ ДІЇ НОВОЇ ФІТОКОМПОЗИЦІЇ	522
<u>Р.Л.Любевич</u> СУЧАСНІ ЧОЛОВІЧИ ПРОТИЗАПЛІДНІ ПРЕПАРАТИ.....	523
<u>Т. М. Маслоїд</u> ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	524
<u>С.В.Муховська, П.В.Панчук</u> ДИНАМІКА ЗМІН ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ТА ОКРЕМИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	524
<u>Є.В. Неймановський</u> ЗАБОРОНЕНІ ГРУПИ ПРЕПАРАТІВ У СПОРТІ ВСЕСВІТНІМ АНТИДОПІНГОВИМ АГЕНСТВОМ.....	525
<u>О.М. Ніколова</u> МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ, КОМОРБІДНІЙ З ОЖИРІННЯМ, ПРОВОКУЮТЬСЯ ГОРМОНАМИ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ	525
<u>Д.В. Остапчук</u> СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНОГО МАРКЕТИНГУ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ КОМПАНІЯМИ.....	526
<u>Д.-М.В. Пазюк, Н.Є. Бурда</u> ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ СУМИ ОРГАНІЧНИХ КИСЛОТ В СИРОВИНІ МОРКВИ ПОСІВНОЇ СОРТІВ «ЯСКРАВА» ТА «НАНТСЬКА ХАРКІВСЬКА».....	527
<u>Н.В. Петришин, А.Я. Сірак, І.Я. Бровчук</u> ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ НОВИХ ПОХІДНИХ ІМІДАЗОЛ-ТІАЗОЛІДИНОВИХ ГІБРИДНИХ СТРУКТУР ПРИ ЕНТЕРАЛЬНОМУ ВВЕДЕННІ.....	527
<u>Л.В. ПЕТРИШИНА, В.В. АЙФ</u> ДЕФІЦИТ ТА НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ Д ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	528
<u>М.-Ю.І. Петришина, В.Ю. Коноваленко</u> ПЕРЕДОЗУВАННЯ І ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД КОФЕЇНОВІСНИХ НАПОЇВ СТУДЕНТІВ ВНМУ	528
<u>М.В.Писарцова, Т.Ю.Повшедна</u> ПРОТИВІКОВА ТЕРАПІЯ: ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД.....	529
<u>М.І. Піщуліна</u> ВИКОРИСТАННЯ РОЗУВАСТАТИНУ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ЩО МАЮТЬ ВИСОКИЙ РИЗИК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ.....	530
<u>Н.В.Плющик, К.Й.Баркасі</u> АЛЬТЕРНАТИВНІ НАПРЯМИ ВИКОРИСТАННЯ АНТИЛЕЙКОТРИСНОВИХ ПРЕПАРАТІВ.....	530
<u>О.Д. Подлесна, Я.С. Марцевич</u> ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	531
<u>В.В. Процька, О.А. Кисличенко</u> ВИЗНАЧЕННЯ ЧИСЛОВИХ ПОКАЗНИКІВ КОРЕНЕВИЩ З КОРЕНЯМИ, ЛИСТЯ ТА КВІТОК ХОСТИ	

ПОДОРОЖНИКОВОЇ.....	532
<u>О.В. Рибчич</u> , А.С.Бухштаб	
Особливості фармакотерапії в період вагітності та шляхи її оптимізації	532
V. V. Savina	
NEPHROPROTECTIVE ACTION OF CORVITINE AND EXSO IN RATS WITH ISCHEMIC REPERFUSION RENAL FAILURE.....	533
<u>М.О. Салій</u> , В.В. Дячишин, С.О. Росохай, Я.В. Джадан	
ФІТОПРЕПАРАТИ В ЛІКУВАННІ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	534
<u>Р. Л.Салій</u>	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ	534
<u>С.А. Семенчук</u>	
ДИНАМІКА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА ПІД ВПЛИВОМ L-АРГІНІНУ L-ГЛУТАМАТУ У ХВОРИХ ІЗ ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ.....	535
<u>Д. В. Сімчук</u>	
КОРЕКЦІЯ АНТИАПОПТОЗНИХ ТА АНТИОКСИДАНТНИХ ПОРУШЕНЬ В КЛІТИНАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ, ВИКЛИКАНИХ СТАФІЛОКОКОВИМ ЕКЗОТОКСИНОМ.....	535
<u>Ю.О. Скрипник</u> , А.С. Гузенко	
СУЧАСНІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ «ТЕРАПІЇ СУПРОВОДУ» В ОНКОЛОГІЇ.....	536
<u>М.В. Сокирко</u> , В.В.Присіч	
МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОХІДНОГО АДАМАНТАНУ ЮК-76 ТА КОРДАРОНУ НА МОДЕЛІ НОРАДРЕНАЛІНОВОЇ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ.....	537
<u>М.О. Стельмах</u> , А.О. Шум	
ПІДВОДНІ КАМЕНІ КИСЛОСОУПРЕСІЇ ІНГІБІТОРАМИ ПРОТОННОЇ ПОМПИ.....	537
<u>О.В. Степаненко</u> , О.В. Юрій	
ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОСУПРЕСИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ПОСТТРАНСПЛАНТАЦІЙНІЙ ТЕРАПІЇ.....	538
<u>О. Ю. Тозюк</u>	
ГОСТРА ТОКСИЧНІСТЬ НАТРІЮ 2-(ТЕТРАЗОЛО[1,5-С]ХІНАЗОЛІН-5-ІЛТІО)АЦЕТАТУ (СПОЛУКИ КВ-28).....	539
<u>Я.Й. Тросцінська</u>	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕБІВОЛОЛУ У ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ.....	539
<u>О.І. Трухманова</u> , В. А. Тростенюк	
СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	540
<u>О. О. Хомич</u> , О. В.Чубенко	
ВИЗНАЧЕННЯ ТА ВИЯВЛЕННЯ ГЛЮКОЗАМІНУ ТА L-КАРНІТИНУ У СКЛАДІ СИРОПУ.....	541
<u>О.В. Чемеринська</u> , Ю.Р. Свирид	
ГОСТРІ ОТРУЄННЯ МЕДИКАМЕНТАМИ У ДІТЕЙ.....	541
<u>І.В. Щербатюк</u> , Д.Г. Шишковський	
НОБЕЛІВСЬКІ ПРЕМІЇ В ФАРМАКОЛОГІЇ.....	542